Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada
Canada

LES RÉGIMES D'ASSURANCE DENTAIRE AU CANADA

Historique, situation présente et orientations futures

Rapport préparé sous contrat à l'intention du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Canada

86-06779/

LES RÉGIMES D'ASSURANCE DENTAIRE AU CANADA

Historique, situation présente et orientations futures

Rapport préparé sous contrat à l'intention
du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Also available in English under the title "Dental Care Programs in Canada"

Ce rapport s'adresse au gouvernement fédéral, mais ne constitue pas une prise de position de sa part.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986

En vente au Canada par l'entremise de nos

agents libraires agréés
et autres librairies

ou par la poste auprès du:

Centre d'édition du gouvernement du Canada
Approvisionnements et Services Canada
Ottawa (Canada) K1A 0S9

N° de catalogue H39-98/1986F
ISBN 0-660-91759-9

au Canada: $9.95
à l'étranger: $11.95

Prix sujet à changement sans préavis

AVANT-PROPOS

Ce projet a été entrepris dans le cadre d'un programme national visant à élaborer des lignes de conduite et à poursuivre des études dans le domaine des services de santé dentaire. L'objectif global de ce programme est de collaborer avec les provinces et les territoires ainsi que les professionnels de la santé à l'amélioration de la qualité des services de santé dentaire au Canada. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce rapport et sur d'autres rapports connexes, on peut s'adresser à la conseillère, Normes de santé dentaire.

Ce projet a été entrepris pour le compte de la Direction des services de santé, Santé et Bien-être social Canada, en vertu d'un contrat d'Approvisionnements et Services Canada.

C'est la conseillère, Normes de santé dentaire, qui avait la responsabilité globale du projet au Ministère. Elle a formulé le concept, planifié le projet et choisi les chercheurs et les experts-conseils compétents. Elle a rencontré divers fonctionnaires fédéraux pour examiner différentes manières de mener à bien le projet. La conseillère, Normes de santé dentaire, est donc intervenue à chaque étape de la réalisation du projet.

La méthodologie et les instruments d'enquête proposés ont été soumis à l'examen de Statistique Canada, pour s'assurer que, tout en étant d'un niveau élevé, ils n'étaient pas trop compliqués, en particulier pour les personnes qui devaient remplir des questionnaires. La conseillère a également assumé la responsabilité des consultations avec l'équipe de chercheurs, des corrections finales, de la traduction et de la préparation du rapport en vue de la publication. Les chapitres qui portent sur les traitements de chirurgie bucco-dentaire au sein du programme de soins médicaux du Canada et des programmes de soins dentaires des provinces ont fait l'objet d'une révision par les personnes autorisées de Santé et Bien-être social Canada et ont été modifiés par l'addition de renseignements récents émanant de la Loi canadienne sur la santé ou en provenance des programmes provinciaux. C'est le docteur Jean-Paul Lussier, de Montréal, qui a entrepris, à contrat, la révision finale du texte français.

On espère que cette étude ne servira pas seulement à faire connaître les programmes de services dentaires au Canada, mais qu'elle stimulera la poursuite d'autres recherches. L'étude a permis de constater que pour la première fois dans l'histoire, plus de la moitié des Canadiens sont assurés par un programme de services dentaires à tiers payant. Les chercheurs ont conclu que la croissance des dépenses de soins dentaires attribuable à l'introduction de régimes d'assurance dentaire à paiement anticipé s'est traduite par une amélioration de la santé dentaire des participants à ces régimes.

Nous devons féliciter les chercheurs qui ont produit un rapport aussi complet et détaillé dans un domaine d'étude extrêmement difficile. C'est la première enquête importante entreprise à l'échelle nationale sur les programmes de services dentaires au Canada, et la collecte de données appropriées et comparables a posé de nombreuses difficultés. Les chercheurs ont fait des recommandations particulièrement importantes aux personnes chargées des programmes de services dentaires à propos de l'élaboration de systèmes de collecte des données qui faciliteraient l'évaluation et la planification des programmes. En effet, seule l'amélioration de nos systèmes d'archivage nous permettra d'évaluer en toute connaissance de cause la rentabilité des divers programmes dans le temps. Néanmoins, l'analyse et les recommandations de ce rapport liées aux questions de politiques en matière de services dentaires seront des plus utiles lors de la planification des futures programmes et permettront d'améliorer les programmes existants, même si le consensus n'est pas parfait sur les conclusions et les recommandations des chercheurs. Ce rapport s'adresse au gouvernement fédéral et il ne représente pas une prise de position du gouvernement.

M^me^ Sharon B. Amer (précédemment M^me^ S.B. French)
Conseillère, Normes de santé dentaire
Direction des services de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 1B4

Texte révisé, soumis le 30 mars 1984
Publié en 1986

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

Le présent rapport a été préparé à contrat, pour Santé et Bien-être social Canada, par les personnes suivantes :

Dr John W. Stamm*
Président Département de dentisterie communautaire
Faculté de chirurgie dentaire
Université McGill
3640, rue University
MONTRÉAL (Québec)
H3A 2B2

Directeur du projet

M^me^ M. Waller, B.A., M.A.
Sociologue
A/S Faculté de chirurgie dentaire
Université McGill
3640, rue University
MONTRÉAL (Québec)
H3A 2B2

Chercheur

Dr D.W. Lewis
Professeur
Département de dentisterie communautaire
Université de Toronto
124, rue Edward
TORONTO, (Ontario)
M5G 1G6

Expert-conseil dentaire

Dr G.L. Stoddart
Professeur agrégé
Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique
Université McMaster
1200, rue Main ouest
HAMILTON (Ontario)
L8S 4J9

Économiste sanitaire

---

* Au 1^er^ janvier 1985 :

Vice-doyen et directeur
Centre de recherche dentaire
École de chirurgie dentaire
Université de la Caroline du Nord
CHAPEL HILL, N.C.
27514 États-Unis

REMERCIEMENTS

Le présent rapport n'aurait pas vu le jour sans l'aide et la collaboration de nombreuses personnes et organisations.

Nous désirons d'abord remercier les nombreux collaborateurs et experts-conseils qui ont formé, en quelque sorte, le comité de planification du projet. M^me^ Sharon B. Amer, précédemment M^me^ Sharon B. French, conseillère en normes de santé dentaire à Santé et Bien-être social Canada, nous a apporté un luxe de documents et nous a mis en contact avec un grand nombre de personnes compétentes. Le docteur D.W. Lewis, professeur d'hygiène dentaire publique de l'Université de Toronto a exercé les fonctions d'expert-conseil sur tous les aspects de l'étude et a préparé les exposés sur le programme de soins dentaires de l'Alberta (Alberta Extended Health Benefits Dental Program, section 4.2), le programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve (section 4.6), le programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard (section 4.9) et le programme de soins dentaires de la Saskatchewan (Saskatchewan Health Dental Plan, section 4.11). Le docteur G.L. Stoddart, professeur de sciences économiques à l'Université McMaster, deuxième expert-conseil principal, nous a apporté une aide inestimable dans la formulation des questions sur lesquelles devait porter la recherche; il a également contribué à la conception des instruments d'enquête et il a mis en évidence la nécessité de rédiger un document davantage axé sur l'orientation des politiques. M. W. Tholl, analyste principal des politiques à la Direction générale de la politique, de la planification et de l'information de Santé et Bien-être social Canada, nous a particulièrement aidés en définissant le cadre conceptuel de l'étude et en précisant les questions à traiter en matière de politiques.

Ensuite, au cours de la réalisation du projet, nous avons reçu l'aide précieuse de M. D. Clark, de la Compagnie d'assurance Sun Life du Canada, et de M. C. Black, de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. De plus, nous avons beaucoup apprécié la collaboration des membres du personnel des firmes qui ont participé à l'Enquête nationale sur l'assurance dentaire. On trouvera à l'appendice V une liste des organisations participantes, mais c'est grâce au concours de personnes trop nombreuses pour que nous puissions toutes les nommer si les données nécessaires ont été rassemblées pour nos besoins. Nous remercions tout particulièrement M. T.C. O'Connor et M. K. Holmes de Canada Labour Views, de Toronto, M. W.B. Solomon et M. T.D. Pitts de Tillinghast, Nelson & Warren, Inc., de Toronto, ainsi que M^me^ L. Brodkin-Schneider et M. D. Schwartzman de William M. Mercer Ltd., de Montréal, qui nous ont communiqué une documentation précieuse sur les programmes dentaires collectifs privés.

Nos remerciements vont également aux représentants des gouvernements fédéral et provinciaux qui nous ont fourni des renseignements sur les divers programmes dentaires provinciaux et sur les programmes pour les assistés sociaux. On trouvera les noms de ces personnes aux appendices VI, VII et VIII.

Nous ne pouvons passer sous silence le travail de M. D. Ferguson qui a révisé la plus grande partie du texte et qui a présenté de nombreuses suggestions utiles, ni la collaboration de M^me^ K. Roth, qui a introduit dans l'ordinateur les données provenant de l'enquête sur les assureurs offrant des régimes dentaires.

Enfin, nous tenons à remercier M^me^ H. Simard et M^me^ V. Rotari pour leur travail remarquable lors de la préparation du manuscrit du présent rapport.

J.W. Stamm
M. Waller
D.W. Lewis
G.L. Stoddart

Université McGill
Montréal
Mars 1984

TABLE DES MATIÈRES

Page

AVANT-PROPOS i

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE ii

REMERCIEMENTS iii

LISTE DES TABLEAUX ix

1.0 INTRODUCTION : PROBLÉMATIQUE 1

1.1 Objet 1
1.2 Objectifs 1
1.3 Méthodologie 2
1.4 Limites des données 3

2.0 ÉLABORATION DES RÉGIMES D'ASSURANCE DENTAIRE AU CANADA - BREF HISTORIQUE 5

2.1 Premier régime universel pour les enfants 5
2.2 Évolution initiale des régimes de soins dentaires 5
2.3 Services dentaires assurés en vertu des programmes fédéral et provinciaux d'assurance-maladie 6
2.4 Premier régime privé de soins dentaires à paiement anticipé 8
2.5 Années soixante-dix : une période d'expansion 8

3.0 INTERVENTION FÉDÉRALE DANS LES PROGRAMMES DE SOINS DENTAIRES 9

3.1 Introduction 9
3.2 Services dentaires des Forces armées canadiennes 9
3.2.1 Admissibilité 10
3.2.2 Services dentaires assurés 10
3.2.3 Ressources humaines et cadre des services 10
3.2.4 Administration 11
3.2.5 Utilisation 11
3.2.6 Dépenses 11
3.3 Programme de soins dentaires du Service correctionnel du Canada 12
3.3.1 Admissibilité 13
3.3.2 Services dentaires assurés 13
3.3.3 Ressources humaines et cadre des services 13
3.3.4 Administration 13
3.3.5 Utilisation 14
3.3.6 Dépenses 14
3.4 Services dentaires offerts aux anciens combattants, aux membres de la Gendarmerie royale du Canada et aux personnes désignées par d'autres ministères du gouvernement fédéral ... 15
3.4.1 Admissibilité 15
3.4.2 Services dentaires assurés 16
3.4.3 Ressources humaines et cadre des services 16
3.4.4 Administration 17
3.4.5 Utilisation 17
3.4.6 Dépenses 20
3.5 Services dentaires à l'intention des Indiens et des Inuit 21
3.5.1 Admissibilité 21
3.5.2 Services dentaires assurés 21
3.5.3 Ressources humaines et cadre des services 22
3.5.4 Administration 22

Page

3.5.5 Utilisation 22
3.5.6 Dépenses 23

4.0 PROGRAMMES DE SOINS DENTAIRES DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES 24

4.1 Introduction 24
4.1.1 Ramifications de l'entrée des provinces et des territoires dans le champ de l'assurance dentaire 24
4.1.2 Sources et limites des données 24

4.2 Assurance dentaire en Alberta en vertu de l'*Extended Health Benefits Program* 25
4.2.1 Admissibilité 25
4.2.2 Services dentaires assurés 26
4.2.3 Ressources humaines et cadre des services 26
4.2.4 Administration 26
4.2.5 Utilisation 27
4.2.6 Dépenses 27
4.2.7 Programmes spéciaux 31

4.3 Régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique 31
4.3.1 Admissibilité 33
4.3.2 Services dentaires assurés 33
4.3.3 Ressources humaines et cadre des services 34
4.3.4 Administration 34
4.3.5 Utilisation 35
4.3.6 Dépenses 35

4.4 Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba 36
4.4.1 Admissibilité 37
4.4.2 Services dentaires assurés 38
4.4.3 Ressources humaines et cadre des services 38
4.4.4 Administration 39
4.4.5 Utilisation 40
4.4.6 Dépenses 41

4.5 Programme de santé dentaire du Nouveau-Brunswick 42
4.5.1 Admissibilité 43
4.5.2 Services dentaires assurés 44
4.5.3 Ressources humaines et cadre des services 44
4.5.4 Administration 44
4.5.5 Utilisation 44
4.5.6 Dépenses 44

4.6 Programme dentaire pour les enfants de Terre-Neuve 45
4.6.1 Admissibilité 45
4.6.2 Services dentaires assurés 46
4.6.3 Ressources humaines et cadre des services 46
4.6.4 Administration 47
4.6.5 Utilisation 47
4.6.6 Dépenses 49

4.7 Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse 49
4.7.1 Admissibilité 50
4.7.2 Services dentaires assurés 51
4.7.3 Ressources humaines et cadre des services 51
4.7.4 Administration 51
4.7.5 Utilisation 52
4.7.6 Dépenses 54
4.7.7 Programmes spéciaux 55

Page

4.8 Programme de soins dentaires de l'Ontario 57
4.8.1 Admissibilité 57
4.8.2 Services dentaires assurés 58
4.8.3 Ressources humaines et cadre des services 58
4.8.4 Administration 58
4.8.5 Utilisation 58
4.8.6 Dépenses 59
4.8.7 Programmes spéciaux 59
4.9 Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard 60
4.9.1 Admissibilité 60
4.9.2 Services dentaires assurés 61
4.9.3 Ressources humaines et cadre des services 62
4.9.4 Administration 63
4.9.5 Utilisation 63
4.9.6 Dépenses 65
4.10 Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec 66
4.10.1 Admissibilité 66
4.10.2 Services dentaires assurés 67
4.10.3 Ressources humaines et cadre des services 67
4.10.4 Administration 68
4.10.5 Utilisation 69
4.10.6 Dépenses 72
4.10.7 Programmes spéciaux 73
4.11 Régime d'assurance dentaire de la Saskatchewan 74
4.11.1 Admissibilité 75
4.11.2 Services dentaires assurés 75
4.11.3 Ressources humaines et cadre des services 76
4.11.4 Administration 77
4.11.5 Utilisation 77
4.11.6 Dépenses 80
4.12 Programme de soins dentaires des Territoires du Nord-Ouest 81
4.12.1 Admissibilité 82
4.12.2 Services dentaires assurés 82
4.12.3 Ressources humaines et cadre des services 82
4.12.4 Administration 82
4.12.5 Utilisation 83
4.12.6 Dépenses 83
4.13 Programmes de soins dentaires du Yukon 83
4.13.1 Admissibilité 83
4.13.2 Services dentaires assurés 83
4.13.3 Ressources humaines et cadre des services 84
4.13.4 Administration 84
4.13.5 Utilisation 84
4.13.6 Dépenses 84

5.0 SOINS DE CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE ASSURÉS PAR LE RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX 85
5.1 Administration provinciale avec financement provincial-fédéral conjoint 85
5.2 Dépenses 85

6.0 SERVICES DENTAIRES POUR LES ASSISTÉS SOCIAUX 87
6.1 Régime d'assistance publique du Canada 87
6.2 Alberta 87
6.2.1 Bénéficiaires 88

Page

6.2.2 Services dentaires assurés ... 88
6.2.3 Administration ... 88
6.2.4 Utilisation et dépenses ... 88
6.3 Colombie-Britannique ... 88
6.3.1 Bénéficiaires ... 89
6.3.2 Services dentaires assurés ... 90
6.3.3 Administration ... 90
6.3.4 Utilisation et dépenses ... 90
6.4 *Social Allowance Health Services* du Manitoba ... 91
6.4.1 Bénéficiaires ... 91
6.4.2 Services dentaires assurés ... 91
6.4.3 Administration ... 93
6.4.4 Utilisation et dépenses ... 93
6.5 Programme de soins de santé pour les assistés sociaux du Nouveau-Brunswick ... 94
6.5.1 Bénéficiaires ... 94
6.5.2 Services dentaires assurés ... 94
6.5.3 Administration ... 94
6.5.4 Utilisation et dépenses ... 95
6.6 Services sociaux de Terre-Neuve et du Labrador ... 95
6.7 Programme d'assistance générale de la Nouvelle-Écosse ... 96
6.7.1 Bénéficiaires ... 96
6.7.2 Services dentaires assurés ... 96
6.7.3 Administration ... 96
6.7.4 Utilisation et dépenses ... 96
6.8 Ontario ... 96
6.8.1 Bénéficiaires ... 97
6.8.2 Services dentaires assurés ... 97
6.8.3 Administration ... 98
6.8.4 Utilisation et dépenses ... 98
6.9 Île-du-Prince-Édouard ... 98
6.10 Québec ... 98
6.10.1 Bénéficiaires ... 99
6.10.2 Services dentaires assurés ... 99
6.10.3 Administration ... 99
6.10.4 Utilisation et dépenses ... 99
6.11 *Supplementary Health Program* de la Saskatchewan ... 100
6.11.1 Bénéficiaires ... 100
6.11.2 Services dentaires assurés ... 101
6.11.3 Administration ... 101
6.11.4 Utilisation et dépenses ... 101

7.0 RÉGIMES D'ASSURANCE DENTAIRE COLLECTIVE DU SECTEUR PRIVÉ ... 103
7.1 Introduction ... 103
7.2 Sources et limites des données ... 103
7.3 Personnes admissibles aux bénéfices ... 105
7.3.1 Nombre de participants ... 108
7.4 Services dentaires assurés ... 110
7.4.1 Barèmes d'honoraires ... 111
7.4.2 Taux de remboursement et copaiement ... 111
7.5 Ressources humaines et cadre des services ... 113
7.6 Administration ... 113

Page

7.6.1 Méthodes d'examen des demandes de remboursement 115
7.6.2 Établissement des tarifs 115
7.6.3 Financement 117
7.7 Utilisation 118
7.8 Dépenses au titre des indemnités et du revenu tiré des primes 119

8.0 ANALYSE ET RECOMMANDATIONS 122
8.1 Questions sur les politiques en matière de services dentaires découlant de l'étude 123
8.2 Admissibilité aux programmes de soins dentaires 124
8.2.1 Modifications apportées aux normes d'admissibilité depuis le 1er janvier 1982 125
8.2.2 Stratégies visant à étendre les programmes de soins dentaires à des populations cibles 126
8.3 Services dentaires assurés 126
8.3.1 Dilemme des services de prévention rémunérés à l'acte 126
3.3.2 Problèmes posés par l'assurance des services de radiographie 128
8.3.3 Services de restauration assurés 128
8.3.4 Assurance et codage des extractions simples 128
8.3.5 Régimes privés d'assurance dentaire collective - Problème posé par l'information des consommateurs 128
8.3.6 Services dentaires offerts aux assistés sociaux 129
8.4 Utilisation des programmes de soins dentaires 130
8.4.1 Utilisation des services dentaires dans le cadre des programmes publics de soins dentaires pour les enfants 130
8.4.2 Utilisation des services dentaires dans le cadre des régimes privés d'assurance dentaire collective 130
8.4.3 Utilisation des services dentaires par les personnes âgées 130
8.4.4 Problème spécial posé par l'utilisation des programmes de soins dentaires par les Indiens et les Inuit 131
8.4.5 Noyau irréductible des non-utilisateurs des programmes de soins dentaires 131
8.4.6 Utilisation des programmes de soins dentaires — Qu'est-ce qui constitue un niveau d'utilisation convenable? 131
8.5 Dépenses des programmes de soins dentaires 132
8.5.1 Dépenses par personne admissible 132
8.5.2 Substitution des dépenses ou expansion du marché 133
8.5.3 Dépenses du secteur privé et du secteur public 135
8.6 Accessibilité des données 136
8.7 Recommandations 137
8.8 Remarques finales 139

RÉFÉRENCES 141

APPENDICES

Appendice I Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire — Instruments d'enquête 143
Appendice II Guide de collecte des données — Programmes du secteur privé 161
Appendice III Régime d'assurance dentaire des travailleurs du métal en feuilles — 1966 167
Appendice IV Formule normalisée de demande de paiement pour les régimes privés d'assurance dentaire collective 171
Appendice V Répondants à l'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire, 1982 173
Appendice VI Sources, programmes de soins dentaires du gouvernement fédéral 175
Appendice VII Sources, programmes de soins dentaires des provinces et des territoires 177
Appendice VIII Sources, programmes d'assistance sociale en vertu du Régime d'assistance publique du Canada 179

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Titre	Page
3.1	Service dentaire des Forces canadiennes Répartition en pourcentage du personnel admissible selon l'âge, 1982-1983	10
3.2	Service dentaire des Forces canadiennes Nombre moyen de certaines interventions dentaires par usager, selon la catégorie de services, 1982-1983	12
3.3	Service dentaire des Forces canadiennes Dépenses engagées pour l'exploitation du programme de soins dentaires, 1982-1983	12
3.4	Service correctionnel du Canada Consultations dentaires par région, 1982-1983	14
3.5	Service correctionnel du Canada Dépenses au titre des services dentaires, 1982-1983	15
3.6	Ministère des Affaires des anciens combattants Utilisation du programme de soins dentaires selon le point de desserte et le groupe de patients, 1982-1983	18
3.7	Ministère des Affaires des anciens combattants Répartition des services dentaires selon la catégorie et le groupe de patients, 1982-1983	19
3.8	Ministère des Affaires des anciens combattants Répartition estimative des traitements dentaires par usager selon la catégorie de services et le groupe de patients, 1982-1983	20
3.9	Ministère des Affaires des anciens combattants Dépenses engagées pour les soins dentaires fournis aux anciens combattants, au personnel de la GRC et aux personnes désignées par d'autres ministères du gouvernement	21
4.1	Programme de soins dentaires de l'Alberta (EHB)(Alberta Extended Health Benefits Dental Program) Personnes admissibles aux services dentaires par âge et par sexe, 1976 et 1981	25
4.2	Programme de soins dentaires de l'Alberta (EHB) Utilisation des services dentaires, de 1974 à 1982	28
4.3	Programme de soins dentaires de l'Alberta (EHB) Prestation de soins dentaires par groupe d'âge, 1975-1976	29
4.4	Programme de soins dentaires de l'Alberta (EHB) Répartition des soins dentaires par catégorie, 1975-1976	29
4.5	Programme de soins dentaires de l'Alberta (EHB) Dépenses en dollars constants (1974) et courants	30
4.6	Régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique Population admissible au 31 juillet 1982	33
4.7	Régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique Dépenses approximatives par personne admissible août 1981 - mars 1982	35
4.8	Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba Nombre d'enfants admissibles	38
4.9	Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba Utilisation de 1976 à 1982	41
4.10	Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba Taux d'utilisation par âge Certaines cohortes d'âge	41
4.11	Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba Répartition des services dentaires, de 1976-1977 à 1981-1982	42

Tableau	Titre	Page
4.12	Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba Nombre moyen de services par enfant, de 1976-1977 à 1981-1982	43
4.13	Programme de soins dentaires du Nouveau-Brunswick Utilisation des services de traitement, de 1980 à 1983	45
4.14	Programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve Enfants admissibles, de 1970 à 1982	46
4.15	Programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve Utilisation, de 1970 à 1982	48
4.16	Programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve Nombre moyen d'interventions par enfant traité, de 1970 à 1982	48
4.17	Programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve Dépenses en dollars courants et constants (1974), de 1973 à 1981	50
4.18	Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse Enfants admissibles, de 1974 à 1982	50
4.19	Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse Utilisation, de 1974 à 1982	52
4.20	Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse Taux d'utilisation (en pourcentage) par année du programme pour trois cohortes d'enfants	53
4.21	Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse Pourcentage des non-utilisateurs parmi les trois cohortes les plus âgées au cours des quatre premières années du programme, de 1974 à 1982	53
4.22	Dépenses du régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse, de 1974 à 1982	54
4.23	Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse Répartition des services, des dépenses et des services par utilisateur pour les enfants de trois ans et plus, 1981-1982	55
4.24	Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse Dépenses en dollars courants et constants	55
4.25	Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse Tarifs selon l'année, pour certains services	56
4.26	Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse Programme d'assurance dentaire pour des patients spéciaux Admissibilité, utilisation et dépenses en 1981-1982	56
4.27	Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard Enfants admissibles, de 1974 à 1982	61
4.28	Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard Utilisation, de 1974 à 1982	64
4.29	Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard Nombre moyen de services par enfant traité Cliniques de santé publique, de 1974 à 1982	64
4.30	Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard Utilisation des cliniques d'orthodontie préventive, de 1980 à 1982	65
4.31	Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard Dépenses en dollars courants et constants (1974), de 1974 à 1982	65

Tableau	Titre	Page
4.32	Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec Enfants admissibles, de 1974 à 1981	66
4.33	Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec Catégories de services dentaires assurés au 8 août 1982	67
4.34	Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec Utilisation, de 1974 à 1981	70
4.35	Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec Nombre moyen de services par utilisateur, de 1974 à 1981	70
4.36	Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec Nombre d'extractions pour 171 restaurations, de 1974 à 1981	71
4.37	Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec Répartition des services dentaires par catégorie et par année	72
4.38	Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec Dépenses en dollars courants et constants (1974), de 1974 à 1982	73
4.39	Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec Tarifs selon l'année, pour certains services	73
4.40	Régime de soins dentaires de la Saskatchewan Enfants admissibles, de 1974 à 1982	75
4.41	Régime de soins dentaires de la Saskatchewan Services dentaires assurés	76
4.42	Régime de soins dentaires de la Saskatchewan Répartition des services par catégorie, de 1974 à 1982	77
4.43	Régime de soins dentaires de la Saskatchewan Nombre moyen de services par enfant inscrit, de 1974 à 1982	78
4.44	Régime de soins dentaires de la Saskatchewan Santé dentaire des adolescents inscrits, 1981-1982	79
4.45	Régime de soins dentaires de la Saskatchewan Nombre d'adolescents inscrits qui ont utilisé les services dentaires, 1981-1982	79
4.46	Régime de soins dentaires de la Saskatchewan Principales interventions pratiquées sur les adolescents nés en 1966 et 1967, 1981-1982	80
4.47	Régime de soins dentaires de la Saskatchewan Dépenses en dollars courants et constants (1974)	81
5.1	Versements aux dentistes pour services de chirurgie bucco-dentaire en vertu du régime de soins médicaux par province et par année, de 1971-1972 à 1980-1981	86
5.2	Versements au titre des services de chirurgie bucco-dentaire par province et par tranche de 1000 habitants en 1980-1981	86
6.1	Programme de *Social Allowance and Guardian Social Allowance* de l'Alberta Nombre moyen de bénéficiaires en 1980-1981 et 1981-1982	88
6.2	Programme de *Social Allowance and Guardian Social Allowance* de l'Alberta Utilisation et dépenses en 1980-1981 et 1981-1982	89
6.3	Ministère des Ressources humaines de la Colombie-Britannique Nombre moyen de bénéficiaires des services dentaires de base	89
6.4	Dépenses au titre des services dentaires pour les clients du ministère des Ressources humaines, 1982	90
6.5	Services médicaux du ministère des Ressources humaines Total des dépenses et dépenses au titre des services dentaires, de 1976-1977 à 1980-1981	91
6.6	*Social Allowance Health Services Program* du Manitoba Nombre moyen mensuel des personnes inscrites, de 1979 à 1982	92

Tableau	Titre	Page
6.7	*Social Allowance Health Services Program* du Manitoba Dépenses dentaires en 1981 et 1982	93
6.8	*Social Allowance Health Services Program* du Manitoba Utilisation et dépenses au titre des services dentaires	93
6.9	Programme de soins de santé pour les assistés sociaux du Nouveau-Brunswick Nombre moyen mensuel de personnes inscrites, de 1980 à 1983	94
6.10	Programme de soins de santé pour les assistés sociaux du Nouveau-Brunswick Utilisation et dépenses dentaires, pour les années financières 1981 et 1982	95
6.11	Municipalités de la Nouvelle-Écosse Dépenses au titre des services dentaires en vertu de l'assistance générale en 1981-1982	97
6.12	Services dentaires pour les assistés sociaux du Québec Utilisation et dépenses	99
6.13	Services dentaires pour les assistés sociaux du Québec Nombre moyen de services par utilisateur et coûts par service	100
6.14	*Supplementary Health Program* de la Saskatchewan Nombre moyen mensuel des personnes inscrites au programme, de 1977-1978 à 1981-1982	101
6.15	*Supplementary Health Program* de la Saskatchewan Dépenses au titre des services, de 1979-1980 à 1981-1982	102
6.16	*Supplementary Health Program* de la Saskatchewan Dépenses totales et moyennes pour les services dentaires	102
7.1	Régimes privés d'assurance dentaire collective Nombre de participants à l'étude par type de tiers payant	104
7.2	Régimes privés d'assurance dentaire collective Répartition des contrats par type de régime à tiers payant et nombre des participants principaux assurés	107
7.3	Régimes privés d'assurance dentaire collective Croissance de la participation, de 1970 à 1981 Nombre de participants	108
7.4	Régimes privés d'assurance dentaire collective Nombre de personnes assurées par type de tiers payant, 31 décembre 1981	109
7.5	Régimes privés d'assurance dentaire collective Nombre d'assurés principaux, par province, 31 décembre 1981	109
7.6	Pourcentage des compagnies offrant un régime de services dentaires aux employés salariés non syndiqués, selon la province	110
7.7	Répartition des régimes privés d'assurance dentaire par type de barème d'honoraires	111
7.8	Régimes privés d'assurance dentaire collective Nombre de régimes remboursant la totalité ou une partie des coûts pour une certaine catégorie de services dentaires	112
7.9	Régimes privés d'assurance dentaire collective Pourcentage des contrats recommandant la détermination préalable des indemnités, par type de tiers payant	114
7.10	Régimes privés d'assurance dentaire collective Nombre de participants principaux couverts en vertu de contrats non assurés (ASO)	118
7.11	Régimes privés d'assurance dentaire collective Utilisation en 1981	119
7.12	Régimes privés d'assurance dentaire collective Dépenses au titre des indemnités et du revenu tiré des primes en 1981	119

Tableau	Titre	Page
7.13	Régimes privés d'assurance dentaire collective Rapport entre les indemnités et le montant des primes versées aux compagnies d'assurance au Canada et dans les provinces en 1981	120
7.14	Régimes privés d'assurance dentaire collective Ventilation des dépenses au titre des indemnités par catégorie de services dentaires en 1981	121
8.1	Programmes de soins dentaires au Canada Nombre de personnes admissibles aux services au 1er janvier 1982	125
8.2	Programmes de soins dentaires au Canada Dépenses au titre des services dentaires	133

1.0 INTRODUCTION : PROBLÉMATIQUE

1.1 Objet

Le présent rapport décrit et analyse les régimes d'assurance dentaire au Canada et il présente des recommandations touchant l'élaboration de ces régimes et des programmes dentaires futurs. On visait expressément, par ce travail, à mieux formuler les politiques en matière de soins dentaires, en s'appuyant sur plusieurs réflexions. Premièrement, il est probable que les régimes d'assurance dentaire présentent un plus large éventail de caractéristiques distinctes au Canada que dans la plupart des autres pays industrialisés : la gamme va des programmes privés, prévoyant la rémunération à l'acte, dans certaines régions, aux soins dispensés par des thérapeutes dentaires salariés ayant une formation de deux ans au niveau collégial, dans d'autres régions. Plusieurs provinces offrent des soins dentaires pour tous les enfants, financés à même les deniers publics, tandis qu'une autre met en oeuvre un régime universel pour les personnes âgées. Des millions de Canadiens ont une assurance dentaire privée alors que des millions d'autres bénéficient de programmes à tiers payant, financés par l'État. Dans plusieurs provinces du Canada, les denturologistes sont autorisés à vendre directement au public des prothèses dentaires complètes et, plus rarement, des prothèses dentaires partielles. Étant donné la variété des soins dentaires dispensés au Canada, ce pays représente un véritable laboratoire permettant d'évaluer les différents services de santé bucco-dentaire. Il est donc indispensable de faire le point sur cette situation pour permettre d'établir des évaluations comparatives au besoin.

Deuxièmement, au cours des années soixante-dix, les régimes d'assurance dentaire se sont remarquablement développés au Canada, à un rythme beaucoup plus rapide qu'on ne pouvait le prévoir dans les années soixante. Comme il fallait s'y attendre, ce développement rapide a posé plusieurs problèmes : les objectifs étaient vagues, la planification a été hâtive, les dépenses probables n'ont pas été calculées et les résultats n'ont pas été assez soigneusement enregistrés. Ces problèmes, combinés à la diversité même des régimes dentaires, ont engendré une certaine confusion à propos de la situation actuelle des régimes. Plus précisément, les activités poursuivies et les efforts engagés dans la mise en oeuvre de ces régimes ne sont généralement pas appréciés à leur juste valeur. Comme le développement des régimes d'assurance dentaire a commencé à ralentir au début des années quatre-vingt, il semble que le moment soit venu de faire l'inventaire des réalisations dans ce domaine.

Troisièmement, comme la plupart des pays industrialisés, le Canada a traversé une période de difficultés économiques ces dernières années. En conséquence, les gouvernements, tout comme l'industrie, ont commencé à chercher les domaines qui pouvaient faire l'objet de restrictions budgétaires. Les programmes de santé ont été particulièrement visés parce qu'ils entraînent des dépenses relativement importantes. Les régimes d'assurance dentaire n'ont pas été épargnés, et leur avenir paraît incertain. Il est donc indispensable de rassembler des données suffisantes sur les régimes canadiens d'assurance dentaire, afin que les décisions en la matière soient prises à l'avenir en toute connaissance de cause.

En bref, le présent projet vise à exposer l'historique et la situation actuelle des régimes d'assurance dentaire au Canada tout en posant les bases de l'orientation des politiques futures.

1.2 Objectifs

Le projet visait à atteindre plusieurs objectifs précis.

Premièrement, il a fallu faire l'historique de divers régimes d'assurance dentaire canadiens importants. C'était plus que simplement identifier certains régimes et donner les dates principales de leur mise en oeuvre, si l'on voulait voir l'évolution qui a mené à la gamme de régimes actuellement offerts. Ce sujet est traité au chapitre deux.

Deuxièmement, afin d'évaluer la situation actuelle des régimes d'assurance dentaire au Canada, il a fallu étudier ceux offerts au plan fédéral. On a examiné quatre régimes distincts, en fonction des critères suivants : 1) l'admissibilité; 2) les soins dentaires assurés; 3) les types de dispensateurs de soins concernés et le cadre de leur intervention; 4) les principaux mécanismes administratifs du régime; 5) l'utilisation du régime; 6) les dépenses engagées. Le chapitre trois donne les résultats relatifs à ces régimes entièrement financés par le gouvernement fédéral.

Troisièmement, et c'est là l'objet du chapitre quatre, on a examiné les régimes d'assurance dentaire à l'échelon des provinces et des territoires, d'après les mêmes critères que ci-dessus. Pris ensemble, les régimes d'assurance dentaire des provinces et des territoires représentent la troisième composante en importance du réseau canadien de soins dentaires, après les soins reçus en cabinet privé et payés directement au dentiste, considérés comme un tout, et les régimes privés d'assurance dentaire. Les régimes des provinces et des territoires ont des objectifs et des modalités variés, et il en résulte malheureusement que leur présentation dans ce rapport pourra paraître longue.

Quatrièmement, on a tenté de donner un aperçu de l'étendue des soins dentaires dispensés en vertu des régimes de soins médicaux dans les diverses provinces. Les gouvernements provinciaux ont la charge des programmes de soins médicaux et reçoivent l'aide du gouvernement fédéral qui défraie en gros 50 p. 100 des coûts des soins médicaux jugés essentiels et des soins de chirurgie bucco-dentaire dont la prestation exige le contexte hospitalier. L'exigence de l'hospitalisation posée dans ce dernier cas est fonction de la complexité du traitement à rendre ou de l'état de santé particulier du patient. Le chapitre cinq fait état de l'expérience de chacune des provinces en la matière et présente un certain nombre de données sur ce type de soins dentaires.

Cinquièmement, on s'est donné l'objectif d'étudier la prestation des soins dentaires assurés à l'intérieur du programme d'assistance sociale du Canada. Grâce à ce programme, les soins de santé essentiels (incluant les soins dentaires) sont dispensés à ceux qui sont dans le besoin, comme une forme d'assistance sociale. La prestation des soins dentaires de ce programme qui constitue la substance du chapitre six, n'a pas jusqu'ici fait l'objet d'examen poussé. Il faut remarquer que les programmes d'assistance sociale, comme les régimes de soins médicaux, sont financés conjointement par les gouvernements fédéral et provinciaux. Les lecteurs qui s'intéressent tout spécialement aux mécanismes constitutionnels et administratifs du partage des coûts fédéral-provincial en matière de régimes de soins médicaux peuvent consulter plusieurs références qui examinent ces points en détail[1-5]. En avril 1984, les deux lois fédérales qui sont à l'origine des programmes nationaux d'assurance santé (la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de 1957 et la Loi sur les soins médicaux de 1966) ont été abrogées et une nouvelle loi, la Loi canadienne sur la santé, a été votée. Cette nouvelle loi vise à rassembler les éléments, des deux lois antérieures, à clarifier et à réaffirmer les critères fondamentaux des programmes, les conditions de paiement et aussi à établir des mécanismes de consultation liés à la mise en force de la loi. La promulgation de cette loi est tellement récente que la plupart des documents consultés font encore référence à la situation qui prévalait avant elle.

Le sixième objectif, traité au chapitre sept, consistait à étudier le fonctionnement de l'assurance dentaire privée à tiers payant, en vigueur actuellement au Canada. L'assurance dentaire privée joue un rôle important au Canada parce qu'elle offre une couverture de soins plus vaste et a un plus grand nombre de bénéficiaires que tous les régimes gouvernementaux combinés. De plus, c'est le type de régime d'assurance dentaire qui s'est le plus rapidement développé durant les années soixante-dix. En 1981, près de un dollar sur trois dépensés chez le dentiste passait par le secteur de l'assurance dentaire privée.

Septièmement, on a procédé à un examen des résultats de l'étude et à la synthèse d'une série de recommandations sur la formulation des politiques futures dans le domaine des soins dentaires (chapitre huit). Il est évident que les politiques doivent s'orienter dans de nouvelles voies. Plusieurs régimes d'assurance dentaire provinciaux ont amorcé un processus de désengagement non prévu qui exclut de certains services des bénéficiaires qui jusque-là s'en prévalaient, en particulier les enfants. Par ailleurs, la croissance des régimes privés d'assurance dentaire s'est ralentie alors que de nombreuses personnes pourraient encore bénéficier de cette méthode de financement des soins dentaires. Il n'existe actuellement aucun mécanisme qui aiderait à résoudre ce dilemme. En fait, la question de savoir s'il faut favoriser les régimes qui prévoient le remboursement des soins ou les programmes de prestations dentaires directes demeure non résolue. À ce moment, les ajouts ou les suppressions arbitraires de soins dentaires et les changements apportés à la fréquence des soins semblent indiquer qu'on ne sait au juste ce qui constitue un programme optimal. On voit dès lors la nécessité d'établir des politiques plus claires.

Bien que le rapport soit assez long, il laisse quand même de côté certains domaines importants. Premièrement, étant donné que l'étude se concentre sur les régimes organisés, tous les soins dentaires reçus et payés directement par le patient n'entrent pas dans le cadre du présent travail. Deuxièmement, pour des questions de temps et d'argent, on a décidé de ne pas examiner les nombreux régimes dentaires municipaux mis sur pied dans tout le pays, sauf dans certains cas où les programmes offerts à l'échelle provinciale occupent peu de place. Troisièmement, les soins dentaires dispensés dans les institutions correctionnelles provinciales ont été expressément omis. Globalement, il a été estimé que les deux derniers types de programmes de soins dentaires ont relativement peu d'importance, en particulier dans le contexte de l'ensemble des activités de soins dentaires mises sur pied à l'échelle du pays.

1.3 Méthodologie

Quatre catégories de fournisseurs de services ont été étudiées : les unités compétentes au sein du gouvernement fédéral; les divisions dentaires au sein des ministères provinciaux de la Santé; les organismes provinciaux et fédéraux chargés de la mise en oeuvre du Régime d'assistance publique du Canada, et les divers assureurs ou administrateurs de régimes privés d'assurance dentaire à tiers payant. Du point de vue de la méthodologie de

l'enquête, l'échantillonnage a été exhaustif, c'est-à-dire qu'une fois établie une base de sondage complète, toutes les unités ont été introduites dans l'enquête.

Dans l'élaboration d'une base de sondage adéquate, nous avons été aidés dans cette tâche par un grand nombre de personnes à tous les paliers du gouvernement, ainsi que par des membres de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc., de la Croix-Bleue et de toute une gamme d'autres organismes et de particuliers dont nous faisons mention ailleurs.

On a utilisé deux méthodes pour rassembler les données. Premièrement, des représentants de tous les éléments de la base de sondage ont été interrogés. À cette fin, on a créé deux instruments d'enquête. L'un portait sur les régimes d'assurance privés à tiers payant (appendice I) et formait la base de l'étude nationale sur les régimes d'assurance dentaire. L'autre instrument portait sur tous les régimes d'assurance dentaire financés à même les deniers publics (appendice II). Deuxièmement, dans le cas de beaucoup de ces derniers régimes, il existe des rapports annuels assez détaillés qui contiennent quantité d'informations statistiques. Ces informations ont été rassemblées dans la mesure du possible et se sont avérées précieuses.

Les données brutes provenant de l'étude sur les régimes privés d'assurance dentaire ont été introduites dans des fichiers informatiques. Dans la plupart des cas, les données relatives aux régimes publics se présentaient déjà sous forme sommaire, ayant été produites par les services statistiques associés aux régimes d'assurance dentaire provinciaux ou fédéraux. C'est dire qu'elles n'ont pas exigé un travail important de mise en forme ou de réduction.

Les analyses utilisées dans la présente étude ont été largement descriptives. En général, on n'a pas soumis d'hypothèses formelles à des tests statistiques. On en avait pourtant l'occasion : par exemple, on aurait pu facilement utiliser les techniques de régression pour vérifier l'hypothèse selon laquelle les dépenses par utilisateur dans les régimes publics n'ont pas progressé au rythme de l'indice des prix à la consommation. En contrôlant les changements associés à l'âge et à la variété des services, on aurait pu tenir compte de la nature multidimensionnelle du problème. Les résultats d'une analyse de ce genre auraient pu permettre de répondre à la question de savoir si les régimes publics avaient raison de procéder à des coupures parce que les dépenses dépassaient les coûts attendus ou raisonnables. De même, on aurait pu tirer parti des changements presque annuels apportés aux barèmes de certains régimes provinciaux pour déterminer l'élasticité par rapport aux prix des divers services dentaires dans une province en particulier.

Nous sommes d'avis qu'il y a un besoin urgent de ces analyses, mais qu'elles sont prématurées étant donné le nombre et les caractéristiques des données dont nous disposons actuellement. Notre tâche consistait d'abord à dresser la liste des régimes d'assurance dentaire existants, à établir leurs limites, à décrire les soins dispensés, à expliquer leur fonctionnement, à rechercher leur portée et à déterminer quelques caractéristiques de leur rendement. Sans une compréhension détaillée des régimes d'assurance dentaire et de leur fonctionnement, toute analyse de politiques serait nécessairement incomplète.

1.4 Limites des données

Il y a trois types de limites inhérentes aux données contenues dans le présent rapport. Premièrement, se pose la question de l'exactitude. La plus grande partie des données fournies par les régimes d'assurance dentaire publics sont tout à fait exactes, en particulier dans le cas des régimes universels. Il a été rarement nécessaire de formuler des hypothèses pour suppléer aux données manquantes. Les exceptions ont été notées dans les sections pertinentes du rapport. En général, on n'a pu obtenir des données d'une aussi haute qualité avec les régimes axés sur la prévention et comportant peu de traitements qu'avec les régimes axés sur le traitement. En ce qui concerne les régimes d'assurance privés, certaines préoccupations demeurent quant à la façon dont est estimé le nombre total de participants.

Deuxièmement, il y a le problème des données incomplètes. Certains régimes ne rassemblent pas ou ne communiquent pas les données nécessaires à des études descriptives ou analytiques. L'absence de répartition par âge dans les régimes privés d'assurance dentaire à tiers payant en est un bon exemple. Il est également ardu d'obtenir des données longitudinales des mêmes sources. En outre, il a été très difficile d'accéder à des données d'utilisation au sujet tant des régimes privés d'assurance dentaire que de ceux financés par le gouvernement fédéral, et certains régimes publics n'ont pas fourni de données financières de base.

Troisièmement, la portée des données est limitée par leur mode d'agrégation. Pour beaucoup d'analyses, il serait préférable d'avoir accès à des données qui ne sont pas déjà regroupées pour l'ensemble des clients des régimes. Ces inévitables regroupements font qu'il est difficile de déterminer comment les particuliers pourraient réagir aux changements apportés aux caractéristiques des régimes. À long terme, ces analyses sont nécessaires pour permettre l'élaboration de régimes d'assurance dentaire plus satisfaisants et plus efficaces.

En bref, les données présentées dans ce rapport constituent une première base de travail et permettent d'évaluer l'évolution et la situation actuelle des régimes d'assurance dentaire au Canada. Toutefois, les données sont quelque peu insuffisantes par rapport à l'information dont il serait souhaitable ou nécessaire de disposer pour certains types d'analyse de politiques.

2.0 L'ÉLABORATION DES RÉGIMES D'ASSURANCE DENTAIRE AU CANADA — BREF HISTORIQUE

Au 1er janvier 1982, environ 13,6 millions de Canadiens (près de 56 p. 100 de la population) bénéficiaient d'un régime dentaire en vertu duquel, au lieu de payer directement leur dentiste, les personnes pouvaient utiliser l'une ou l'autre de plusieurs méthodes de paiements préalables indirects. Au Canada, les régimes dentaires organisés ont leur origine en 1900; à cette époque, deux dentistes ont eu pour mission, en guise de service militaire, de prodiguer leurs soins aux combattants de la Guerre des Boers[6]. En 1904, le Corps médical de la Milice canadienne, en phase de réorganisation, demanda que des dentistes à temps plein fassent partie de l'armée, et, en 1908, le Corps dentaire de l'Armée canadienne tint sa première assemblée professionnelle, dans le cadre du congrès annuel de l'Association dentaire canadienne. Le nombre des dentistes servant dans l'Armée atteignait 26 en 1910, et l'Armée a continuellement bénéficié d'un régime dentaire depuis ce temps. Après la Première Guerre mondiale, le ministère du Rétablissement des soldats dans la vie civile a été formé et il a rapidement mis sur pied un service dentaire national qui fut le précurseur du programme dentaire offert aujourd'hui par le ministère des Affaires des anciens combattants.

Du côté des civils, les soins dentaires à paiement anticipé ont vu le jour sous la forme de programmes relativement isolés, dans le cadre du *Saskatchewan Municipal Doctor System*[2]. Bien que ce régime ait débuté en 1916, les services dentaires n'ont été offerts que sporadiquement jusqu'en 1945; à ce moment, la Saskatchewan a mis en vigueur le premier programme complet canadien de services de santé dans le cadre de l'assistance sociale, à l'intention de près de 28 000 assistés sociaux. Les soins dentaires essentiels faisaient partie de ce programme. En 1946, la région sanitaire no 1 de Swift Current (Swift Current Health Region No. 1) a mis sur pied pour ses 50 000 habitants un programme de services médicaux financé par primes et recettes fiscales, qui a fini par couvrir les soins dentaires aux enfants, au début des années cinquante.

2.1 Le premier régime universel pour les enfants*

En 1950, la province de Terre-Neuve a mis sur pied un régime d'assurance dentaire de base pour les enfants de cinq ans, à condition que ceux-ci habitent certaines régions ayant un dentiste participant, exerçant en cabinet privé ou employé de l'État. Les dentistes étaient salariés ou rémunérés à la vacation. En 1965, les enfants de six et sept ans ont été admis au régime. À peu près à la même date, la rémunération à l'acte a remplacé l'ancien mode de paiement. Ce n'est qu'en 1970 que le régime est devenu universel lorsqu'il n'a plus été nécessaire pour les patients de résider dans une région desservie par des dentistes participants. Depuis que les enfants n'ont plus qu'à satisfaire le critère de l'âge pour bénéficier des soins dentaires, Terre-Neuve a été reconnue comme étant la première province au Canada à avoir mis en oeuvre un régime universel d'assurance dentaire pour les enfants. Toutefois, pendant de nombreuses années, Terre-Neuve a malheureusement souffert d'une grave pénurie de dentistes. Par conséquent, même si un régime d'assurance dentaire existait théoriquement, il était toujours très difficile pour de nombreux enfants d'obtenir les soins nécessaires. Cette situation s'est améliorée avec les années, le nombre de dentistes ayant augmenté plus vite que le nombre d'habitants.

2.2 L'évolution initiale des régimes de soins dentaires

Les premiers régimes dentaires destinés à des groupes particuliers étaient le fruit d'efforts relativement isolés de dentistes ou d'associations dentaires locales. En 1874, un dentiste de Toronto, J.G. Adams, a fondé un hôpital dentaire offrant des services gratuits aux enfants nécessiteux. Cet établissement a fonctionné jusqu'en 1899. Le dispensaire mobile d'Halifax (Halifax Visiting Dispensary) a assuré des soins dentaires de 1900 à 1920. En 1913, la ville de Toronto a fondé la première clinique dentaire municipale financée à même les deniers publics dans le but de dispenser des soins dentaires aux enfants nécessiteux[6]. À partir de là, les services d'hygiène municipaux et les infirmeries locales ont commencé peu à peu à offrir des programmes limités de soins dentaires. Les programmes prévoyaient essentiellement le dépistage, les demandes de consultation, le traitement d'urgence et l'enseignement des méthodes d'hygiène dentaire. Souvent, lorsque ces programmes municipaux offraient des traitements dentaires, les patients devaient justifier de leurs ressources pour être admissibles.

---

* Dans le langage habituel de l'assurance-santé, on entend par "universalité" l'admissibilité pour toutes les personnes habitant à l'intérieur d'une entité géopolitique. Dans le cas du programme de Terre-Neuve, cette notion d'universalité était limitée à un groupe d'âge bien précis. Ce concept s'applique également aux régimes d'assurance dentaire de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Québec et de la Saskatchewan.

Les divisions dentaires des ministères provinciaux de la Santé ont été établies un peu plus tard, l'Ontario étant la première province à créer un poste de directeur dentaire à plein temps. Cette lenteur s'explique par la création plutôt tardive de ministères provinciaux de la Santé, le Nouveau-Brunswick ayant été la première province à établir un tel ministère en 1918. En général, les provinces ont fait assez peu d'efforts pour mettre sur pied des régimes d'assurance dentaire officiels. On s'était plutôt attaché à appuyer les efforts des services d'hygiène municipaux et locaux et à collaborer avec les associations dentaires, ainsi qu'avec d'autres organismes bénévoles intéressés à la promotion de la santé dentaire. Comme on l'a mentionné plus haut, Terre-Neuve a inauguré un régime d'assurance dentaire provincial en 1950, qui est devenu par la suite le premier régime universel d'assurance dentaire pour les enfants au Canada.

Depuis les années cinquante, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a fait des efforts considérables pour dispenser des soins dentaires aux Indiens des traités et aux Inuit, par l'entremise surtout de cliniques fixes et de cliniques mobiles auxquelles sont affectés des dentistes salariés. Toutefois, le Ministère a utilisé également le prix à forfait et la rémunération à l'acte pour rembourser les soins dispensés par des dentistes exerçant en cabinet privé.

L'adoption du Régime d'assistance publique du Canada, en 1966, a permis de faire un pas important pour augmenter l'accès aux soins dentaires. Fondamentalement, en vertu de ce programme, le gouvernement fédéral contribuait dans une proportion de 50 p. 100 au paiement des coûts des divers programmes d'assistance sociale des provinces. En plus de contribuer aux prestations d'assistance sociale pour les personnes dans le besoin, le gouvernement fédéral, en vertu du programme d'assistance sociale, assume environ 50 p. 100 du coût des services sociaux à l'endroit de ceux qui les requièrent ou qui peuvent éventuellement y faire appel. Ces services ont inclus incidemment le paiement de soins de santé non couverts par les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et, plus tard, par les programmes d'assurance-santé. Les conditions d'admission et les méthodes d'administration variaient énormément selon la province. Néanmoins, le Régime d'assistance publique du Canada a rendu plus facile l'accès aux soins dentaires pour une tranche de la population particulièrement dépourvue.

2.3 Les services dentaires assurés en vertu des programmes fédéral et provinciaux d'assurance-maladie

Avant la mise en vigueur de l'assurance-maladie au Canada, le patient dont les traitements dentaires exigeaient l'hospitalisation devait non seulement assumer le coût des traitements rendus mais aussi celui de l'hospitalisation elle-même. Dans les années cinquante, les soins dentaires en milieu hospitalier étaient assurés pour une bonne partie de la population en vertu des régimes privés d'assurance-maladie et hospitalisation collective. Avec l'adoption de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de 1957, le gouvernement fédéral a été autorisé a conclure des ententes avec les provinces et les territoires en vue de partager les coûts d'un vaste ensemble de soins médicaux et de services diagnostiques rendus à l'hôpital. Pour être admissible aux subsides fédéraux couvrant 50 p. 100 environ des coûts, les programmes provinciaux devaient satisfaire aux conditions suivantes :

— tous les résidents de la province, sauf ceux couverts par d'autres régimes (comme les membres des Forces armées), doivent bénéficier de services assurés dans les mêmes conditions. À ce jour, plus de 99 p. 100 des Canadiens bénéficient du programme par le biais des régimes provinciaux correspondants;
— la protection doit être étendue et offrir au moins une liste convenue de services d'hospitalisation dans des hôpitaux approuvés, à l'exception des hôpitaux pour tuberculeux et pour malades mentaux, des centres d'hébergement et d'autres établissements dispensant des soins de garde;
— les personnes assurées doivent avoir raisonnablement accès aux services assurés sans avoir à verser de frais modérateurs ou autres;
— les bénéfices doivent être transférables d'une province à une autre, ou doivent se continuer lorsque le bénéficiaire est temporairement absent du Canada;
— les dispositions nécessaires doivent être prises pour faire en sorte que les hôpitaux répondent à des normes satisfaisantes;
— le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social doit recevoir des informations appropriées, pour déterminer si les provinces respectent les conditions du programme.

Toutes les provinces se mirent d'accord pour assurer les services aux malades hospitalisés requis par la loi :

— l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune;
— les services infirmiers;
— les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires;
— les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;

— l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;
— les fournitures et le matériel médicaux et chirurgicaux;
— l'usage des installations de radiologie et de physiothérapie, si disponibles;
— les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital;
— d'autres services stipulés dans la loi provincial.

Les provinces avaient la possibilité, après entente, d'étendre ces services aux malades externes et effectivement, les ont fournis de plus en plus au cours des années.

LeClair[1] et Taylor[2] ont exposé en bonne partie les dispositions financières prises en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et les conditions du gouvernement fédéral.

À partir du 1er juillet 1958, en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, les personnes dont le traitement exigeait l'hospitalisation étaient défrayées du coût du séjour à l'hôpital. De même, de nombreux Canadiens bénéficiaient d'assurances-maladie collectives qui remboursaient le coût des services dentaires dispensés dans un hôpital. L'assurance de ces patients couvrait donc tant le séjour à l'hôpital que les services dentaires dispensés en milieu hospitalier; ce qui a eu pour effet d'accentuer la tendance à dispenser plus de soins dentaires à l'hôpital qu'auparavant.

Une décennie après l'introduction de l'assurance-hospitalisation universelle, le gouvernement fédéral a adopté en 1966 la Loi sur les soins médicaux, en vertu de laquelle le Parlement autorisait le gouvernement fédéral à subventionner le coût des programmes provinciaux d'assurance-maladie jusqu'à environ 50 p. 100, pourvu que les conditions de la loi soient remplies.

— Couverture intégrale de tous les soins médicalement requis et rendus par un médecin en exercice. Il ne pouvait y avoir de limite sur le plan financier ni exclusion, à moins que les services ne soient pas requis médicalement parlant.
— Accessibilité totale aux bénéfices pour tous les résidents admissibles de la province selon des modalités uniformes, impliquant au moins 95 p. 100 de la population admissible. Cela garantissait l'accès à tous les résidents et prévenait les discriminations liées aux régimes de primes qui tiennent compte de l'état de santé antérieur, de l'âge, de la non-appartenance à un groupe ou d'autres considérations.
— Accès raisonnable aux services assurés pour les personnes assurées. Les bénéfices couverts devraient être gérés de telle sorte qu'il n'y ait ni empêchement ni exclusion en raison des frais encourus par une personne assurée qui reçoit les soins médicaux nécessaires.
— Transférabilité des bénéfices quand, temporairement des personnes assurées se déplacent d'une province participante à une autre.
— Gestion sans but lucratif par une autorité publique qui se tenait responsable devant le gouvernement provincial des opérations financières.
— Présentation de l'information appropriée au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vue de prouver la conformité aux conditions posées.

Les soins de chirurgie bucco-dentaire dispensés par des dentistes en milieu hospitalier à cause d'exigences particulières ont été aussi inclus avec l'accord des provinces en 1968. On voulait s'assurer que les traitements qui peuvent être également rendus, par un médecin ou un dentiste ne soient pas exclus quand c'est le dentiste, à l'hôpital, qui fait le traitement.

Par suite de la modification de la Loi sur les soins médicaux afin que soient couverts les soins de chirurgie dentaire requis du point de vue médical, tant les coûts de l'intervention chirurgicale dentaire que les coûts de l'hospitalisation sont devenus des services assurés.

Avec l'abrogation des deux lois (AHSD et SM) en 1984 et conséquemment avec l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, les avantages établis sous les deux lois antérieures étaient incorporés comme "soins de santé assurés" dans la nouvelle loi sans changement ni perte au niveau de la couverture.

En 1977, les modalités du partage des dépenses entre le gouvernement fédéral et les provinces ont été modifiées tant en ce qui concerne l'assurance-hospitalisation que l'assurance-maladie*. Avec l'adoption de la Loi sur le financement des programmes établis, les formules utilisées pour calculer la part du gouvernement fédéral dans le coût des programmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie de chaque province ont dû être modifiées. En gros, au lieu du partage de coût conditionnel prévu par les anciennes formules, on a offert aux provinces un financement global en deux parties, basé sur les coûts passés des programmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Premièrement, les provinces ont reçu de nouveaux pouvoirs de taxation, plus

* Les modifications touchaient le calcul de la contribution du gouvernement fédéral aux provinces et la façon dont les contributions sont versées. Toutefois, aucun des changements ne touchait les assurances dentaires à l'intérieur du régime national d'assurance-santé.

précisément 13,5 p. 100 de la table des impôts sur le revenu des particuliers, et 1 p. 100 de la table des impôts sur le revenu des sociétés, avec possibilité de péréquation en fonction de la moyenne nationale pour les provinces dont l'assiette fiscale est restreinte. Deuxièmement, les provinces ont reçu un transfert pécuniaire qui, à partir de 1977-1978, a été augmenté annuellement d'après un facteur basé sur une moyenne mobile de trois ans du taux de croissance du produit national brut par habitant.

2.4 Le premier régime privé de soins dentaires à paiement anticipé

Jusqu'à 1966, toutes les initiatives visant à abaisser les barrières économiques limitant l'accès aux soins dentaires avaient été prises par des dentistes à titre individuel, par des associations bénévoles, ou par le secteur public. Toutefois, en 1966, un régime d'assurance dentaire non parrainé par le gouvernement a été mis sur pied en Colombie-Britannique. Ce régime annonçait ceux qui verraient le jour au cours de la décennie suivante. Cette année-là, l'Association internationale des travailleurs du métal en feuilles (SWI) et la *Credit Unions and Cooperatives Health Services Society* (CU&C) ont signé un accord en vue de mettre sur pied un régime d'assurance dentaire collective, les assurés devant verser une prime. Aux termes du contrat, tous les travailleurs admissibles et leurs personnes à charge pouvaient s'adresser au dentiste de leur choix pour obtenir les soins dentaires de base et s'en faire rembourser l'essentiel par la CU&C. Ce régime était financé par le versement de primes mensuelles dont le montant variait selon que la personne désirait ou non assurer les membres de sa famille.

L'accord SWI-CU&C a eu une influence considérable sur la mise sur pied ultérieure de régimes d'assurance dentaire collective dans tout le Canada. Il ne constituait pas une nouveauté car la méthode de financement par le versement de primes avait déjà été largement utilisée pour financer des assurances médicales collectives dans le secteur privé partout au pays. En fait, dès 1965, près de cinq millions de Canadiens avaient souscrit au moins à une assurance médicale auprès de compagnies d'assurance, et 5,6 millions d'autres étaient couverts par des régimes d'assurance parrainés ou approuvés par la profession médicale[2]. De plus, des régimes d'assurance dentaire financés par le versement de primes fonctionnaient déjà tant en Europe[7] qu'aux États-Unis[8]. Ce qui distingue le régime d'assurance dentaire SWI-CU&C, c'est qu'il a rapidement attiré l'attention de nombreux autres syndicats canadiens qui y ont vu l'occasion d'accroître les avantages sociaux des travailleurs.

2.5 Les années soixante-dix : une période d'expansion

À partir de 1970, la croissance des régimes d'assurance dentaire de types variés s'est accélérée de façon remarquable. Dans le secteur public, cette année-là, Terre-Neuve a inauguré un régime universel d'assurance dentaire pour des groupes d'âge bien définis. Ailleurs, les premiers jalons étaient posés pour la mise sur pied de régimes d'assurance dentaire pour les enfants, sur le modèle des régimes de soins médicaux en Nouvelle-Écosse et au Québec, et sur un modèle de prestation de soins directs à l'Île-du-Prince-Édouard. L'Alberta se préparait à ajouter, au régime d'assurance-santé de la province (Alberta Extended Health Benefits Plan), des soins dentaires pour les personnes de plus de 65 ans et les membres de leur famille. C'est la Saskatchewan qui a particulièrement innové en prévoyant un régime d'assurance dentaire pour les enfants, les soins étant dispensés par des thérapeutes dentaires formés par la province. En octobre 1971, l'Île-du-Prince-Édouard a mis sur pied un régime d'assurance dentaire pour les enfants dans des cliniques dont le personnel se composait d'équipes de dentistes, d'assistantes dentaires et d'hygiénistes dentaires salariés. En 1974, la Nouvelle-Écosse, le Québec et la Saskatchewan ont inauguré des régimes d'assurance dentaire universelle pour les enfants tandis que l'Alberta mettait sur pied son régime d'assurance dentaire pour les personnes âgées et les personnes à leur charge. Au cours de ces quatre années, le nombre de personnes couvertes par des régimes d'assurance dentaire publics a été multiplié par huit, passant d'environ 130 000 en 1970 à un peu plus d'un million en 1974*.

Aussi remarquable a été l'expansion de l'assurance dentaire dans le secteur privé. En 1970, près de 245 000 personnes étaient couvertes par des régimes privés d'assurance dentaire collective. Dès 1974, ce nombre atteignait plus de 1,7 million. L'assurance dentaire du secteur privé a été adoptée plus rapidement en Colombie-Britannique et en Ontario que dans d'autres régions du Canada. La raison principale semble être que ces deux provinces étaient très industrialisées et qu'elles abritaient les syndicats les plus importants et les mieux organisés du pays. À l'occasion des négociations périodiques des ententes salariales, les syndicats ont réclamé l'assurance dentaire pour les travailleurs et, dans de nombreux cas, pour les personnes à leur charge. À partir de 1974, l'assurance dentaire a continué de progresser tant dans le secteur public que dans le secteur privé, à tel point que, dès 1978, près de 6,7 millions de personnes, soit 28,4 p. 100 des Canadiens, avaient droit à l'assurance dentaire[9]. (Tableau 8.1). Comme on le verra plus loin, cette croissance continuelle a été largement attribuable à la prolifération des régimes du secteur privé.

* Il faut remarquer que ces chiffres ne tiennent pas compte des soins dentaires financés à même les deniers publics et dispensés au personnel des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, aux Indiens, aux Inuit, aux anciens combattants, aux prisonniers et aux assistés sociaux.

3.0 L'INTERVENTION FÉDÉRALE DANS LES PROGRAMMES DE SOINS DENTAIRES

3.1 Introduction

Le gouvernement fédéral intervient de trois façons distinctes dans la prestation de soins dentaires au Canada. D'abord, il contribue aux provinces et territoires les coûts des régimes de soins médicaux administrés par chacun d'entre-eux; certains soins de chirurgie bucco-dentaire sont offerts dans le cadre de ces programmes, aux personnes dont les traitements requièrent l'hospitalisation. Au cours de l'année financière 1982-1983, cette contribution se chiffrait à environ 7,5 millions de dollars, soit presque la moitié du montant de 15 millions de dollars dépensés au titre des soins dentaires chirurgicaux. Le gouvernement fédéral intervient également par l'intermédiaire d'un programme semblable de partage des coûts appelé le Régime d'assistance publique (RAP). En vertu de ce programme, il paie environ la moitié du coût des programmes d'aide sociale administrés par les provinces et territoires. Ces programmes fournissent de l'aide aux personnes dont les revenus sont inférieurs à des seuils prescrits. Les soins dentaires de base figurent parmi les services offerts dans le cadre des programmes d'aide sociale dans toutes les provinces. La contribution du gouvernement fédéral pour les soins dentaires offerts dans le cadre des programmes d'aide sociale se chiffrait à environ 28 millions de dollars pour l'année financière 1981-1982.

Le gouvernement fédéral offre également des programmes de soins dentaires qu'il administre entièrement. Il s'agit de quatre activités distinctes :

1) le Service dentaire des Forces armées canadiennes;
2) les programmes de soins dentaires du Service correctionnel du Canada;
3) les services dentaires offerts par l'intermédiaire du ministère des Affaires des anciens combattants aux anciens combattants, au personnel de la Gendarmerie royale du Canada et aux personnes désignées par d'autres ministères du gouvernement;
4) les services dentaires fournis aux Indiens et Inuit, ainsi qu'à d'autres groupes vivant dans des localités isolées, par l'intermédiaire de la Direction générale des services médicaux du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Au cours de l'année financière 1982-1983, ces quatre programmes dentaires fédéraux ont été administrés avec des budgets se chiffrant au total à environ 60 millions de dollars.

Dans le présent chapitre, nous décrivons les quatre programmes de soins dentaires qui relèvent du gouvernement fédéral. Bien que les soins dentaires chirurgicaux offerts dans le cadre des régimes de soins médicaux et les soins dentaires de base offerts dans le cadre des régimes d'aide sociale soient financés dans une large mesure par le gouvernement fédéral, ils sont administrés par les provinces et sont décrits dans d'autres sections du présent rapport. Les dépenses engagées au titre des interventions dentaires chirurgicales sont décrites en détail au chapitre cinq, et les soins dentaires offerts aux bénéficiaires d'aide sociale font l'objet du chapitre six.

Les données décrites dans le présent chapitre ont été recueillies de deux façons. D'abord, les responsables des quatre programmes ont été interviewés. Ces personnes nous ont toujours été d'un grand secours et ont toutes été capables de mettre à profit les connaissances qu'elles possédaient au sujet de leur programme respectif pour nous fournir des renseignements importants et détaillés. Elles ont souvent pu consulter des dossiers auxquels nous n'avions pas accès et, parfois, elles ont pu fournir des résumés de rapports sur divers aspects de leurs activités en matière de soins dentaires. Ensuite, on a pu obtenir du Service dentaire des Forces armées canadiennes et de la Direction générale des services médicaux des rapports périodiques qui sont disponibles sur demande. Ces documents se sont avérés très utiles pour la collecte de certaines données statistiques.

3.2 Les services dentaires des Forces armées canadiennes

Depuis 1900, époque à laquelle les Forces canadiennes avaient envoyé deux dentistes à la Guerre des Boers, les services dentaires ont occupé une place au sein des programmes de santé des Forces armées canadiennes. Au fil des ans, les programmes de soins dentaires ont pris de l'ampleur, particulièrement au cours de la Seconde Guerre mondiale et par la suite. Au 31 mars 1984, l'effectif des Services dentaires des Forces armées canadiennes (anciennement le Corps dentaire royal du Canada) comptait 525 militaires et 55 civils. Par conséquent, le programme de soins dentaires des Forces canadiennes est l'un des programmes de soins dentaires publics les plus importants au pays.

3.2.1 Admissibilité

Au 31 mars 1983, les Forces canadiennes comptaient 82 905 militaires réguliers, tous admissibles au programme de soins dentaires. Sur ce nombre, 16 013 étaient officiers et 66 892 étaient des militaires d'autres grades. La répartition par âge de la population des Forces armées admissible aux soins dentaires est donnée au tableau 3.1. Des 82 000 militaires admissibles, environ 17 000 sont des recrues et des soldats à l'entraînement, tandis que plus de 55 p. 100 sont âgés de 29 ans ou moins et seulement 8 p. 100 sont des femmes. En règle générale, les personnes à charge des militaires ne sont pas admissibles au programme de soins dentaires des Forces canadiennes, exception faite des familles des militaires qui servent à certains endroits où il n'existe pas de services de soins dentaires pour les civils. Néanmoins, ces exceptions ont peu d'effets sur l'utilisation globale du programme.

3.2.2 Services dentaires assurés

Il existe trois catégories de soins dentaires soit les soins dentaires d'urgence, les soins dentaires complets et les soins dentaires facultatifs. Les soins dentaires d'urgence se passent d'explication. Les soins dentaires complets englobe l'éventail presque entier des soins dentaires à l'exception de soins orthodontiques et de certains genres de prothèses fixes à des fins essentiellement esthétiques. La troisième catégorie, celle des interventions facultatives, vise à permettre aux militaires d'atteindre un niveau optimal de santé dentaire. Ces services peuvent englober des soins d'orthodontie ou la mise en bouche d'une couronne ou d'un pont; ils sont fournis à ceux qui en ont besoin. De façon générale, une personne qui cherche à obtenir ce type de soins doit répondre à un certain nombre de critères, dont les suivants : ancienneté suffisante, forte motivation à entretenir de bonnes habitudes d'hygiène buccale et niveau acceptable d'hygiène buccale. En 1983, l'état du parodonte du sujet a été ajouté à ces critères de sélection des patients. Les soins préventifs, les soins complets et les soins facultatifs dispensés permettent aux Forces canadiennes de fournir un éventail complet de soins dentaires à leur personnel.

Tableau 3.1
Service dentaire des Forces canadiennes
Répartition en pourcentage du personnel admissible selon l'âge,
1982-1983

Groupe d'âge	Répartition en pourcentage
16–20	9,1
21–24	28,7
25–29	18,6
30–34	12,6
35–39	12,8
40–44	9,9
45–49	6,2
50 et plus	2,1
Total	100,0

3.2.3 Ressources humaines et cadre des services

Le programme de soins dentaires des Forces canadiennes est offert par l'intermédiaire de 54 cliniques dentaires permanentes et 34 cliniques fonctionnant à temps partiel. Les cliniques permanentes sont situées dans des bases au Canada, en Europe, à Chypre et à bord des gros navires. Ces cliniques sont dotées de matériel dentaire moderne et complet et s'approvisionnent par l'intermédiaire du système d'approvisionnement informatisé des Forces canadiennes. Les cliniques fonctionnant à temps partiel possèdent aussi tout le matériel nécessaire, mais leur personnel n'y travaille pas à plein temps. Ces cliniques sont situées, pour la plupart, dans de petites bases radar, dans des régions isolées ou partiellement isolées. Le Service dentaire des Forces canadiennes est également en mesure d'assurer des soins aux troupes en activité au sol. En outre, le Service compte 26 laboratoires dentaires, situés dans les grandes cliniques permanentes, qui fournissent tout l'éventail des services, incluant la confection des pièces céramo-métalliques.

Le Service dentaire des Forces canadiennes (SDFC) compte un effectif de 162 dentistes, dont 135 travaillent en clinique. Parmi les autres membres, on compte le directeur général et cinq officiers d'état-major au quartier général de la Défense nationale, le commandant et cinq instructeurs à l'école du SDFC à la base des Forces canadiennes de Borden, sept commandants d'unités dentaires et jusqu'à huit dentistes militaires qui reçoivent une formation de deuxième cycle sanctionnée par un diplôme de spécialiste. Le Service compte aussi 70 postes d'hygiénistes dentaires, dont 18 doivent recevoir une formation spéciale pour s'acquitter de fonctions déléguées. Seulement 44 postes d'hygiénistes dentaires étaient comblés en 1982-1983. Le Service compte également 210 postes d'assistants dentaires, 72 techniciens de laboratoire et 19 techniciens d'équipement dentaire. En 1982-1983, seulement 68 postes de techniciens de laboratoire et 15 postes de techniciens d'équipement dentaire étaient comblés. Enfin, l'effectif compte 10 agents d'administration non dentistes qui travaillent au quartier général de la Défense nationale, au quartier général de chaque unité dentaire et à l'école du SDFC.

La formation fait partie intégrante du programme du SDFC. Ce volet du programme est essentiel afin d'assurer une norme élevée de soins et de se doter d'un personnel dentaire en quantité suffisante. L'école du SDFC au Camp Borden, le centre principal de formation, forme la plupart des auxiliaires dentaires et offre des cours de courte durée au niveau du deuxième cycle à l'intention des dentistes militaires. Bien entendu, les dentistes militaires sont tous diplômés des programmes offerts dans les universités civiles. La plupart reçoivent des bourses par l'intermédiaire du programme de formation des dentistes militaires. Bien que la plupart des dentistes militaires soient recrutés de la sorte, un petit nombre provient directement de l'exercice civil. De même, bien que la majorité des hygiénistes et des techniciens de laboratoire reçoivent leur formation à l'école du SDFC, les Forces canadiennes recrutent directement certains diplômés des programmes civils reconnus. Pour obtenir un diplôme de spécialiste, les dentistes militaires font des études de deuxième cycle dans le cadre des programmes offerts par les Forces armées des États-Unis et les universités canadiennes.

3.2.4 Administration

Le Service dentaire des Forces canadiennes fonctionne exactement comme toutes les autres unités des Forces canadiennes et présente la structure hiérarchique habituelle. En tête vient le directeur général du Service dentaire, qui détient le grade de brigadier-général. Les bureaux du directeur général et de son état-major sont situés au quartier général de la Défense nationale à Ottawa. Ce Service est organisé sur une base régionale. Chaque unité dentaire régionale est dirigée par un commandant qui est chargé de fournir des services dentaires dans la région.

Le programme de soins dentaires des Forces canadiennes est financé à même le budget de la Défense nationale. Il n'y a pas de frais pour les usagers.

3.2.5 Utilisation

Selon les dossiers du SDFC, 79 218 membres des Forces armées ont reçu des soins au cours de 1982-1983, soit un taux annuel d'utilisation de 95,6 p. 100. Ces usagers sont à l'origine de 302 316 consultations, soit une moyenne de 3,8 consultations par patient. Par ailleurs, une étude de l'état dentaire des membres des Forces canadiennes achevée récemment a révélé que le militaire moyen n'avait bénéficié que de 4,7 rendez-vous pour traitement au cours des deux années précédentes.

Les données relatives au type de services utilisés sont présentées au tableau 3.2. Bien que tous les services possibles ne soient pas énumérés dans ce tableau, la liste est raisonnablement exhaustive et montre que le patient moyen a reçu 6,8 des services mentionnés. Le tableau indique en outre que les services de diagnostic et de prévention représentent une forte proportion de toutes les prestations, ce qui concorde avec l'orientation du programme de soins dentaires des Forces canadiennes, à savoir la prévention. Comparativement aux années précédentes, la proportion des services fournis en termes de prothèses amovibles est plus faible, tandis que celle des services fournis en termes de prothèses fixes, c'est-à-dire les couronnes et les ponts, est plus élevée, ce qui semble refléter une amélioration de la santé dentaire chez les membres des Forces canadiennes.

3.2.6 Dépenses

Quelques données sur les dépenses sont présentées au tableau 3.3. Au cours de 1982-1983, les dépenses totales engagées pour le programme du Service dentaire des Forces canadiennes s'élevaient à 27,9 millions de dollars. Ce montant comprend les dépenses engagées pour le matériel, les fournitures et la rémunération et d'autres coûts comme ceux de la formation, de sorte qu'il est impossible de savoir quel est le coût réel des services dentaires seulement. Le tableau indique que le coût du programme était d'environ 340 $ par membre des Forces canadiennes ou 352 $ par patient. Le coût du programme s'élevait à environ 92 $ par rendez-vous.

Tableau 3.2
Service dentaire des Forces canadiennes
Nombre moyen de certaines interventions dentaires par usager, selon la catégorie de services, 1982-1983[a,b]

Catégorie de services	Nombre moyen par usager	Répartition en pourcentage
Examen	1,49	21,8 %
Radiographie	2,15	31,4
Prophylaxie	0,73	10,7
Application de fluorure[c]	0,74	10,8
Obturation d'amalgame[d]	1,30	19,0
Couronne en or[e]	0,06	0,9
Traitement du parodonte	0,10	1,5
Traitement du canal radiculaire[f]	0,06	0,9
Prothèses complètes	0,02	0,3
Prothèses partielles	0,03	0,4
Extractions	0,16	2,3
Total	6,84	100,0

a. D'après un nombre estimatif de 79 021 usagers.
b. N'englobe pas tous les services fournis.
c. Dans les rapports du SDFC, cette catégorie porte la mention "application topique de fluorure" ou "détartrage".
d. Nombre de restaurations d'amalgame estimé en supposant 1,8 surface par obturation moyenne.
e. Englobe les piliers de pont.
f. Nombre moyen de canaux obturés.

Tableau 3.3
Service dentaire des Forces canadiennes
Dépenses engagées pour l'exploitation du programme de soins dentaires, 1982-1983

Genre de dépenses	Montant exprimé en dollars
Total	27 900 000
Par militaire	340
Par usager	352
Par rendez-vous	92

3.3 Le programme de soins dentaires du Service correctionnel du Canada

Selon les statistiques établies par l'administration fédérale, il y a environ 24 000 détenus au Canada à n'importe quel moment, soit 116 détenus pour 100 000 Canadiens. Un peu moins de la moitié, soit 11 000 détenus, sont incarcérés dans des établissements de détention administrés par le gouvernement fédéral. Le budget total du Service correctionnel du Canada était de 500,3 millions de dollars pour l'année financière 1981-1982. Un montant de 31,6 millions de dollars, ou 6,3 p. 100 du total, a été dépensé pour les services globaux de soins de santé. Les soins dentaires font partie intégrante du régime de soins de santé. Les objectifs de la politique en matière de soins dentaires sont de promouvoir l'hygiène buccale, de prévenir la dégradation de l'appareil bucco-dentaire et de fournir les soins d'urgence nécessaires.

3.3.1 Admissibilité

Tous les détenus des établissements de détention fédéraux sont admissibles à des soins dentaires. De fait, tous les détenus subissent un examen dentaire à l'admission. Par la suite, le détenu reçoit des soins dentaires lorsqu'il en fait la demande ou lorsque le dentiste traitant le juge nécessaire.

3.3.2 Services dentaires assurés

En théorie, les détenus sont admissibles à tout un éventail de services dentaires. La politique en matière de soins dentaires du Service correctionnel ne prévoit aucune exclusion pour ce qui est du traitement. Toutefois, on accorde la priorité aux soins dentaires d'urgence, ce qui veut dire qu'on s'occupe d'abord de soulager la douleur, de traiter les infections aiguës, les hémorragies et les autres affections buccales qui compromettent la sécurité ou nuisent au confort immédiat du détenu. On s'occupe en second lieu de fournir des services visant à rétablir la fonction normale des dents et à leur redonner un aspect acceptable du point de vue esthétique. Pour y arriver, on emploie les matériaux de restauration reconnus. Toutefois, si le dentiste estime qu'il faut de l'or ou d'autres métaux précieux pour restaurer des dents, celui-ci peut exiger un tel traitement au nom du patient. Cette façon de procéder s'applique généralement aux incrustations et aux couronnes en or.

Des traitements parodontaux peuvent être fournis, notamment le curetage sous-gingival, le traitement d'une infection et le traitement d'autres anomalies des tissus mous. Selon la politique en matière de soins dentaires du Service correctionnel, la motivation et le sens des responsabilités du détenu en ce qui concerne une bonne hygiène buccale constituent un facteur à considérer lorsqu'il s'agit de déterminer s'il faut entreprendre un traitement du parodonte. Les détenus sont aussi admissibles au traitement de canal des dents antérieures et des prémolaires, lorsqu'une telle mesure préviendra l'extraction de la première dent d'un quadrant ou évitera d'avoir recours à la pose d'une prothèse. À l'exception de l'extraction des dents de sagesse incluses chez un sujet asymptomatique, la plupart des formes de petite chirurgie ou de chirurgie majeure de la bouche sont autorisées si le dentiste traitant juge qu'une telle intervention est nécessaire. Toute mesure de prévention prescrite ou appliquée par le dentiste est aussi considérée comme une intervention admissible.

Comme il y a relativement peu d'exclusions pour ce qui est de services précis, le Service correctionnel a jugé prudent de faire preuve de discernement dans les cas où des dépenses exceptionnellement importantes peuvent être engagées au nom d'un détenu pour des soins dentaires. Il a fallu procéder ainsi parce que les crédits affectés aux soins dentaires font partie des crédits réservés aux soins de santé, crédits qui sont affectés d'avance à un établissement particulier. Par conséquent, c'est à l'administrateur de l'établissement qu'il incombe de faire preuve du jugement nécessaire pour veiller à ce que l'ensemble des crédits réservés aux soins de santé soient judicieusement dépensés et répondent aux besoins pour toute l'année financière.

3.3.3 Ressources humaines et cadre des services

Quatre-vingt-quinze pour cent des soins dentaires sont prodigués dans les cliniques dentaires situées dans les établissements de détention. Les détenus peuvent aussi être adressés à des spécialistes à l'extérieur de l'établissement, ce qui représente le reste des services assurés. La plupart des prisons sont donc dotées d'une clinique dentaire sur les lieux. De fait, le Service correctionnel exploite environ 30 cliniques dentaires.

Seuls quatre dentistes travaillent à plein temps pour le compte du Service correctionnel. Deux d'entre eux sont au Québec, un en Ontario et l'autre en Colombie-Britannique. Comme il n'y a pas suffisamment de dentistes pour répondre aux besoins des détenus incarcérés dans les prisons canadiennes, le Service correctionnel compte sur des contrats de services personnels pour fournir les soins dentaires nécessaires. Bien qu'on ne sache pas combien de dentistes fournissent des services selon une telle formule, presque 78 p. 100 des crédits affectés à la rémunération du personnel chargé des soins dentaires ont été dépensés de cette façon au cours de l'année financière 1982-1983. Une autre catégorie de personnel dentaire employée à l'heure actuelle par le Service correctionnel est celle des techniciens de laboratoire dentaire. Le Service correctionnel compte trois laboratoires dentaires qui emploient neuf techniciens, travaillant surtout à la fabrication de prothèses.

3.3.4 Administration

Comme c'est généralement le cas pour les services de soins de santé, l'administration du programme de soins dentaires est fortement décentralisée. Cette fonction incombe à chacun des directeurs de prison qui peut ou non déléguer cette tâche aux directeurs adjoints. Lorsqu'une demande spéciale est présentée au sujet de soins dentaires à prodiguer à un détenu, c'est le directeur régional des services de santé qui s'en occupe généralement. Celui-ci peut

à son tour consulter le directeur général des Services médicaux. Toutefois, il arrive rarement que les fonctionnaires supérieurs de la hiérarchie interviennent dans l'administration du programme de soins dentaires.

Les crédits affectés au programme de soins dentaires sont dépensés principalement pour l'achat de fournitures et de matériel et pour la rémunération. Les fournitures sont habituellement commandées par le directeur adjoint qui s'approvisionne dans la région ou par l'intermédiaire du ministère des Approvisionnements et Services. Les demandes relatives au matériel sont transmises au directeur général des Services médicaux. Bien entendu, le programme de soins dentaires est financé à même les recettes générales.

3.3.5 Utilisation

Il existe bien peu de données sur l'utilisation des services dentaires par les détenus des établissements de détention. De fait, il est impossible d'établir un taux d'utilisation réel. En 1982-1983, environ 9964 détenus ont été à l'origine de 30 494 consultations dentaires, soit une moyenne de 3,1 consultations par détenu. Le tableau 3.4 donne la répartition par région. Il conviendrait de signaler qu'en réalité, la différence d'un établissement à l'autre est considérable, bien que le nombre moyen de consultations par détenu semble relativement stable. Il importe aussi de noter que le nombre de consultations par usager réel est plus élevé que le nombre de consultations par détenu indiqué dans le tableau.

Tableau 3.4
Service correctionnel du Canada
Consultations dentaires par région, 1982-1983

Région	Nombre d'établissements	Nombre moyen de détenus	Nombre total de consultations[a]	Nombre moyen de consultations par détenu[b,c]
Atlantique	2	979	3016	3,1
Québec	8	3125	9504	3,0
Ontario	8	2586	7610	2,9
Prairies	6	1986	6629	3,3
Pacifique	6	1288	3735	2,9
Total	30	9964	30494	3,1

a. Chaque "nouveau" détenu subit un examen dentaire qui représente une consultation.
b. Bien que ces estimations soient stables lorsqu'elles sont réunies par région, l'écart d'un établissement à l'autre est considérable. Dans un établissement du Québec, la moyenne était de 13,65 consultations par détenu par an, tandis que dans un établissement de la Colombie-Britannique, le chiffre équivalent était de 1,16.
c. Ces chiffres seraient plus élevés si le nombre d'usagers véritables constituait le dénominateur.

3.3.6 Dépenses

Il est difficile de calculer le montant total des dépenses engagées pour les services dentaires fournis dans les établissements de détention administrés par le gouvernement fédéral. Le tableau 3.5 tente d'en fournir une approximation. On peut voir que le programme de soins dentaires a coûté au moins 1,2 million de dollars environ au cours de l'année financière 1982-1983 et peut-être un peu plus, si l'on tenait compte de certains coûts non déclarés. Fait intéressant, les dépenses totales représentent 120 $ par détenu par an pour des soins dentaires. Il est évident que ce chiffre serait plus élevé s'il était calculé uniquement pour les détenus qui ont effectivement eu recours au programme de soins dentaires. Dans l'ensemble, les dépenses engagées pour des soins dentaires ont représenté 3,5 p. 100 des dépenses estimatives au titre des soins de santé effectués dans les établissements de détention en 1982-1983.

Il faudrait signaler au lecteur que la population des milieux carcéraux n'est jamais stable. Par conséquent, il est un peu hasardeux de calculer des chiffres par détenu, comme on l'indique dans le renvoi c. du tableau. La somme de 120 $ se fonde sur la population moyenne des pénitenciers. Toutefois, il est clair que le nombre de détenus qui purgent effectivement une peine dans les établissements est plus élevé. Si l'on tient compte du fait que chaque détenu incarcéré dans une prison pour y purger une peine subit un examen dentaire à son arrivée et qu'un tel examen compte pour une consultation, il est clair que les coûts moyens comporteront une erreur systématique par excès si le nombre moyen de détenus est utilisé comme dénominateur.

Tableau 3.5
Service correctionnel du Canada
Dépenses au titre des services dentaires, 1982-1983[a]

Catégorie de dépenses	Nombre	Dépenses
Dentistes (salariés)	4	189 000 $
Dentistes (à contrat)	?	667 000
Hygiénistes dentaires (à contrat)	1	5 000
Techniciens dentaires	9	225 000
Fournitures et instruments	—	109 000[b]
Total	—	1 195 000[c,d]

a. Ne comprend pas l'amortissement des immeubles ou du matériel, ni les frais généraux pour le chauffage et les services d'utilité publique, etc.
b. Estimé à 10 % des coûts en salaires.
c. Représente environ 120 $ par détenu ou 39 $ par consultation.
d. Représente 3,6 % des dépenses estimatives au titre des soins de santé au cours de 1982-1983.

3.4 Les services dentaires offerts aux anciens combattants, aux membres de la Gendarmerie royale du Canada et aux personnes désignées par d'autres ministères du gouvernement fédéral

Les services dentaires à l'intention des anciens combattants des Forces canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et de certaines personnes désignées par d'autres ministères du gouvernement sont fournis dans le cadre d'un programme de soins dentaires offert par l'intermédiaire du ministère des Affaires des anciens combattants (MAAC), aussi appelé Affaires des anciens combattants Canada. Institué en 1944, le MAAC est issu de la division du ministère des Pensions et de la Santé nationale, en deux ministères soit celui de la Santé nationale et du Bien-être social et celui des Affaires des anciens combattants. Le MAAC a hérité du réseau de cliniques dentaires établi par le ministère du Rétablissement des soldats dans la vie civile afin de fournir des services dentaires aux anciens combattants après la Première Guerre mondiale. Dans les agglomérations qui n'étaient pas suffisamment importantes pour justifier l'établissement de ces cliniques administrées par le gouvernement, le Ministère a conclu des ententes pour la prestation de soins dentaires par des dentistes en clientèle privée.

En 1939, tout le personnel de la Gendarmerie royale du Canada est devenu admissible à un programme de soins dentaires administré par le gouvernement. Pour des raisons d'ordre administratif surtout, il a été décidé d'intégrer le programme à celui qui était déjà offert aux soldats à la retraite. Ainsi, lorsque le MAAC a été créé en 1944, la responsabilité de fournir des soins dentaires aux anciens combattants et au personnel de la GRC lui a été dévolue; il devait en outre s'occuper de la gestion des cliniques dentaires existantes et de la rémunération des dentistes en clientèle privée.

Avec la cessation des hostilités en 1945 et le retour d'un grand nombre de militaires, les responsabilités du MAAC en matière de soins de santé ont augmenté considérablement. Au début de l'après-guerre, le nombre de cliniques dentaires s'est considérablement accru; il en a été de même pour le nombre de services dentaires fournis par les dentistes en clientèle privée, mais dont les frais étaient remboursés par le MAAC. En 1982-1983, la structure du programme de soins dentaires administré par le MAAC n'avait subi à peu près aucune modification bien que l'éventail des services qu'il offrait était beaucoup plus vaste.

Après la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement fédéral a confié au MAAC la tâche de fournir des soins dentaires à des personnes et des groupes désignés par divers ministères du gouvernement fédéral, mais cette activité n'a jamais représenté une part importante du programme du Ministère. Bref, on peut considérer que le programme de soins dentaires administré par le ministère des Affaires des anciens combattants offre des services dentaires à trois catégories distinctes de clients.

3.4.1 Admissibilité

L'admissibilité aux services dentaires offerts par le MAAC est moins complexe qu'il n'y paraît au premier abord. Bien qu'il soit impossible d'énoncer les critères d'admissibilité dans les moindres détails, nous tenterons de brosser un tableau général pour les trois catégories de clients. D'abord, chez les anciens combattants, deux groupes

de patients sont admissibles. Font partie du groupe A les bénéficiaires d'une allocation d'ancien combattant. Il s'agit d'anciens combattants âgés de moins de 65 ans qui ne reçoivent aucune pension ou n'ont aucune autre source importante de revenu. L'ancien combattant peut continuer à être admissible après 65 ans, selon son revenu. Par conséquent, ces personnes deviennent admissibles après justification des ressources. Les personnes à charge des bénéficiaires ne sont pas admissibles aux services dentaires offerts par le MAAC. Font partie du groupe B les anciens combattants qui souffrent d'une invalidité survenue en temps de guerre susceptible d'avoir un lien quelconque avec leur état de santé bucco-dentaire, et qui reçoivent une pension d'invalidité. Les invalidités admissibles comprennent les traumatismes du visage avec perte de dents ou des structures annexes; la perte d'un bras ou d'une main ou une invalidité de la main qui empêche la personne d'appliquer les mesures normales d'hygiène bucco-dentaire; les invalidités physiques générales susceptibles d'avoir un rapport avec la santé dentaire, comme des troubles au niveau du tube digestif, la tuberculose pulmonaire, l'épilepsie, certains types d'affections cardiaques et l'avitaminose, si la personne en a souffert au cours des hostilités. On estime qu'environ 50 000 anciens combattants sont bénéficiaires d'une allocation d'ancien combattant (groupe A) et que 8000 sont bénéficiaires d'une pension d'invalidité (groupe B). Ainsi, en 1982-1983, le nombre d'anciens combattants admissibles au programme de soins dentaires représentait une clientèle de 58 000 personnes.

Les membres de la Gendarmerie royale du Canada forment la deuxième catégorie principale de clients du programme des soins dentaires du MAAC. Tous les gendarmes spéciaux et les agents de la GRC sont admissibles aux soins dentaires, mais les personnes à leur charge, ne le sont pas. On estime qu'en 1982-1983, il y avait 15 600 agents de la GRC au Canada.

Font partie de la troisième catégorie de clients les personnes désignées par d'autres ministères du gouvernement. Comme on l'a déjà indiqué, ce groupe d'usagers a toujours été très petit. Dans cette catégorie, les personnes qui sont admissibles à des soins sont notamment : les étudiants étrangers et les personnes à leur charge qui sont au Canada grâce au soutien de l'Agence canadienne de développement international (ACDI); tous les travailleurs oeuvrant dans le cadre du programme du Service universitaire canadien outremer (SUCO) ainsi que d'autres personnes, à la demande spéciale d'autres ministères du gouvernement. Étant donné que ce critère d'admissibilité comporte un élément variable, il est impossible d'estimer la taille de ce troisième groupe.

3.4.2 Services dentaires assurés

Que ce soit dans les cliniques du MAAC ou dans des cabinets privés, les personnes admissibles à des soins dentaires dans le cadre du programme de soins dentaires administré par le MAAC peuvent recevoir des traitements de l'une ou l'autre de deux catégories. Ceux qui sont admissibles au traitement de base peuvent recevoir les services suivants : examen dentaire, radiographies, obturations, extractions, appareillage de prothèses amovibles complètes et partielles, prophylaxie, traitements de canaux et traitements du parodonte, y compris les interventions chirurgicales pratiquées sur les tissus mous. Lorsqu'il est nécessaire de poser une couronne complète afin de soutenir une prothèse partielle, ce service peut aussi être inclus. La catégorie du traitement global comporte tous les services offerts dans le cadre du traitement de base auxquels on peut ajouter la mise en bouche de couronnes et de ponts, les rectifications de l'occlusion, les soins d'orthodontie et les prothèses hybrides. Il convient de noter que les services couverts par les deux catégories décrites ci-dessus ont évolué avec le temps et que l'éventail des interventions admissibles a changé au rythme de l'évolution des normes acceptables d'exercice. En général, au-delà des principes généraux appliqués à l'administration du processus d'autorisation de traitement, le MAAC a pour règle de ne pas empiéter sur les normes professionnelles appliquées en médecine dentaire.

Sont admissibles au traitement de base les anciens combattants titulaires d'une pension d'invalidité qui souffrent d'un handicap résultant d'une invalidité physique généralisée ou d'une avitaminose, les bénéficiaires d'une allocation d'ancien combattant, les agents de la GRC qui comptent moins de cinq ans de service et les étudiants du programme de l'ACDI. Les étudiants du programme SUCO sont admissibles à quatre consultations ou à des soins dentaires jusqu'à concurrence d'un montant fixe. Les personnes désignées par d'autres ministères du gouvernement peuvent recevoir les soins approuvés par leur ministère respectif. Sont admissibles au traitement dentaire complet les anciens combattants qui reçoivent une pension d'invalidité en raison d'un traumatisme facial avec perte de dents, de la perte d'une main ou d'invalidités équivalentes, ainsi que les agents de la GRC qui ont cinq ans de service ou plus.

3.4.3 Ressources humaines et cadre des services

Il existe deux modalités pour la prestation des soins dentaires. Tout d'abord, il y a les cliniques dentaires administrées et dotées en personnel par le ministère des Affaires des anciens combattants, au nombre de 16, dont la plupart sont situées dans des grandes agglomérations d'un bout à l'autre du pays. Ces cliniques emploient un

personnel salarié composé de 32 dentistes, 4 hygiénistes dentaires, 32 assistantes dentaires et 11 techniciens dentaires. Les dentistes sont membres de l'Institut professionnel de la Fonction publique du Canada, tandis que les autres employés sont membres de l'Alliance de la Fonction publique du Canada. Les cliniques du MAAC fournissent environ 25 p. 100 de tous les services assurés dans le cadre du programme de soins dentaires du Ministère.

La seconde modalité est la formule du dentiste au choix du client. Toute personne admissible à des soins dentaires dans le cadre du programme offert par le MAAC peut choisir de se faire soigner dans une clinique du Ministère ou chez son propre dentiste. Si la personne décide de se faire soigner par son propre dentiste, ce dernier est rémunéré à l'acte. Les dentistes qui participent au programme doivent se conformer aux critères observés dans les cliniques du MAAC pour ce qui est du traitement de base et du traitement complet. En outre, si le patient doit recevoir des soins dentaires de base, ceux-ci peuvent être fournis sans autorisation préalable. Par contre, s'il doit recevoir des soins complets ou une seconde prothèse, il faut soumettre une évaluation avant le traitement au ministère des Affaires des anciens combattants pour obtenir une autorisation. Environ 75 p. 100 des soins dentaires prodigués dans le cadre du programme de soins dentaires du MAAC le sont d'après la formule du dentiste au choix.

3.4.4 Administration

L'administration du programme de soins dentaires du MAAC est assez décentralisée. Le Ministère divise le Canada en cinq régions administratives : provinces de l'Atlantique, Ontario, Côte du Pacifique, Prairies et Québec. Il y a un conseiller dentaire régional dans chaque région. Ces régions sont subdivisées en 32 districts dont 16 comptent une clinique dentaire du MAAC. Dans chaque clinique, un dentiste remplit les fonctions de chef des services dentaires. L'un de ces chefs agit également en qualité de coordonnateur national du programme de soins dentaires. Les 16 chefs organisent leur propre clinique, autorisent des programmes de traitement proposés en vertu de la formule du dentiste au choix et s'occupent des demandes de paiement soumises par les patients qui ont choisi cette formule. Les conseillers dentaires régionaux veillent à ce que toutes les cliniques de leur région fonctionnent de la même façon.

La charge administrative d'une clinique du MAAC est considérable. Le chef des services dentaires de chaque clinique est responsable de la gestion du personnel; c'est aussi à lui de déterminer si les divers clients éventuels sont admissibles ou non à des services dentaires, de donner les autorisations relatives aux programmes de traitement, d'approuver les demandes de paiement et de tenir suffisantes les réserves de matériel et de fournitures. En outre, le chef doit dresser des budgets et tenir une quantité suffisante de données statistiques sur l'exploitation du programme.

Les personnes qui reçoivent des soins dentaires dans les cliniques du MAAC ne paient pas de frais modérateurs. Quant aux patients venant d'autres ministères du gouvernement, le ministère des Affaires des anciens combattants recouvre les frais des soins fournis auprès du ministère intéressé. En 1982-1983, le MAAC a imputé au compte d'autres ministères du gouvernement les dépenses engagées à raison de 51 $ par rendez-vous. Dans le cas de la Gendarmerie royale du Canada, le MAAC impute au compte du bureau du Solliciteur général les rendez-vous à raison de 51 $ chacun, ainsi que les frais des laboratoires commerciaux et des frais d'administration de 14 $ pour chaque demande de paiement traitée.

Lorsque le patient a recours au dentiste de son choix, le paiement des frais encourus s'effectue selon les règles générales établies par le ministère des Affaires des anciens combattants. Ainsi, dans la plupart des cas, le Ministère paye au dentiste qui exerce en cabinet privé 90 p. 100 du montant prévu dans le barème provincial des honoraires. Toutefois, il y a certaines exceptions :

1) Tous les services fournis au personnel de la GRC sont remboursés à 100 p. 100 du montant prévu dans le barème provincial des honoraires.
2) En Colombie-Britannique, le Ministère rembourse 100 p. 100 du montant prévu dans le barème provincial des honoraires en vertu d'ententes spéciales conclues avec l'association dentaire.
3) Au Manitoba, les dentistes se font rembourser 100 p. 100 du montant prévu au barème des honoraires du Programme manitobain d'aide sociale des services de santé négocié par le ministère provincial des Services communautaires et des Services correctionnels.

3.4.5 Utilisation

Au fil des ans, les responsables du programme de soins dentaires du ministère des Affaires des anciens combattants ont mis au point un système détaillé de tenue de dossiers qui a permis de recueillir la plupart des types de données nécessaires à la surveillance des activités du programme. Malheureusement, jusqu'à tout récemment les

méthodes d'informatisation employées produisaient des statistiques sommaires qui n'avaient rien d'idéal. Bien qu'on ait maintenant corrigé ce problème, il semble que pour l'année financière 1982-1983, il faille encore se contenter d'estimations relativement à certaines statistiques importantes. Malgré tout, les estimations faites dans la présente section et dans la section suivante semblent être assez exactes.

Le tableau 3.6 indique l'utilisation du programme de soins dentaires selon le point de desserte et le groupe de patients pour l'année financière 1982-1983. Le tableau indique que dans l'ensemble, les programmes du MAAC ont desservi environ 35 000 personnes en 1982-1983. Un peu moins des deux tiers de cette clientèle étaient des anciens combattants et environ le tiers étaient des membres de la GRC. Les clients venant d'autres ministères du gouvernement ne représentaient qu'une faible proportion des usagers. En termes de taux d'utilisation, on remarque qu'un peu plus de 37 p. 100 des anciens combattants admissibles ont profité du programme, tandis que dans le cas de la GRC, le taux était de 82 p. 100. Il y a donc un écart considérable entre les taux d'utilisation. Toutefois, il ne faut pas oublier que ces deux groupes de clients se distinguent nettement l'un de l'autre quant à leurs besoins en matière de soins dentaires et à leur tendance à se prévaloir de soins dentaires. En effet, le groupe des anciens combattants est en moyenne beaucoup plus âgé que celui de la GRC. C'est un fait bien connu que le taux d'utilisation de services dentaires chez les personnes âgées est bien inférieur à celui des personnes d'âge moyen. En outre, il est fort probable qu'une proportion importante des anciens combattants portent des prothèses amovibles. Que ce soit justifié ou non, les adultes qui portent des prothèses ne consultent pas le dentiste aussi souvent que les adultes qui ont encore leurs dents.

Tableau 3.6
Ministère des Affaires des anciens combattants
Utilisation du programme de soins dentaires
selon le point de desserte et le groupe de patients,
1982-1983

Groupe de patients	Nombre estimatif de personnes admissibles	Cliniques du MAAC		Dentiste au choix	Nombre estimatif d'usagers	% d'utilisation
		Nombre de de cas	Nombre de visites	Nombre de demandes de paiement		
Anciens combattants	58 000[a]	9 427	26 182	14 747	21 716[b]	37,4
Autres ministères du gouvernement	Inconnu	265	535	288	471[c]	?
GRC	15 600[d]	2 216	4 259	14 851	12 824[e]	82,2
Total	—	11 908	30 976	29 886	35 011	—

a. Estimation fournie par les fonctionnaires du MAAC.
b. On est arrivé à cette estimation en supposant que dans la catégorie des anciens combattants, les usagers choisissant eux-mêmes le dentiste ont soumis 1,2 demande par an. Ainsi, le nombre d'usagers est de 21 716, soit (9 427 + (14 747 ÷ 1,2)), ce qui donne un taux d'utilisation de 37,4 % pour 1982-1983, comparativement à une estimation de 34 % faite par le MAAC pour l'année précédente.
c. Calculé comme dans b. ci-dessus, mais en supposant que chaque patient ayant choisi son dentiste a présenté 1,4 demande.
d. Estimation fournie par les fonctionnaires de la GRC à Montréal.
e. Calculé comme dans c. ci-dessus. Le taux d'utilisation pour 1982-1983, qui est de 82,8 %, semble plutôt élevé mais il représente au moins une estimation plus prudente que l'estimation du MAAC pour 1981-1982, soit 90 %.

D'après le tableau 3.6, on peut observer également que ces deux groupes de clients présentent des caractéristiques différentes d'utilisation pour ce qui est du recours aux services offerts dans les cliniques du MAAC et du recours au dentiste de leur choix. Ainsi, les anciens combattants sont beaucoup plus susceptibles que les agents de la GRC de recevoir des soins dentaires dans une clinique administrée par le MAAC. Bien que plus de 40 p. 100 des anciens combattants se soient fait soigner dans des cliniques du MAAC, moins de 20 p. 100 du personnel de la GRC l'a fait. Dans le cas des personnes venant d'autres ministères du gouvernement, la moitié environ se sont fait soigner dans des cliniques du MAAC, et l'autre, par un dentiste de leur choix. Dans l'ensemble, il est assez évident que la formule du dentiste au choix est la plus populaire.

Le tableau 3.7 présente une ventilation des genres précis de services dentaires, fournis pour les trois catégories de clients. Dans l'ensemble, les usagers du programme de soins dentaires du MAAC ont fait l'objet de 170 000 interventions au cours de l'année financière 1982-1983. Il n'y a pas de chiffre distinct pour les examens dentaires. Parmi les constatations les plus évidentes, mentionnons le fait que les prothèses amovibles sont fournies surtout au groupe des anciens combattants, tandis que les couronnes et les ponts sont plus susceptibles d'être fournis au groupe de la GRC. L'examen d'autres catégories de soins révèle que la répartition cadre avec ce qui a été dit plus haut, à savoir que les anciens combattants sont généralement un groupe plus âgé dont les besoins en matière de soins dentaires diffèrent considérablement de ceux des agents de la GRC. Toutefois, comme la taille du groupe d'usagers influe sur le nombre de traitements, on a tenté d'établir la répartition des traitements dentaires par usager, par catégorie de services et par groupe de patients. Ces données sont présentées au tableau 3.8. Elles indiquent que le patient moyen a reçu 4,85 traitements dentaires, dont 1,5 était des radiographies dentaires. Parmi les trois groupes, l'usager moyen de la GRC a reçu un nombre un peu plus élevé de traitements dentaires (5,86) que les usagers des deux autres groupes, bien que les clients d'autres ministères du gouvernement se rapprochaient de ceux de la GRC pour ce qui est de la consommation de services par usager. Le tableau confirme que les extractions et les prothèses représentent une proportion importante des services fournis au groupe des anciens combattants, sûrement plus élevée que chez les deux autres catégories de clients.

Tableau 3.7
Ministère des Affaires des anciens combattants
Répartition des services dentaires selon
la catégorie et le groupe de patients,
1982-1983

Catégorie de services	Anciens combattants	Autres ministères du gouvernement	GRC	Total estimatif	Pourcentage
Examen[a]	—	—	—	—	—
Radiographie	20 234	899	31 055	52 188	30,7
Prévention[b]	6 758	234	8 691	15 683	9,2
Restauration[c]	17 591	595	16 517	34 743	20,4
Traitement du parodonte[d]	5 365	224	6 697	12 286	7,2
Prothèses (amovibles)[e]	14 652	63	633	15 348	9,0
Prothèses (fixes)[f]	121	0	691	812	0,4
Extraction[g]	15 706	127	2 218	18 051	10,6
Autres[h]	11 848	315	8 604	20 767	12,2
Toutes catégories	92 275	2 457	75 106	169 878	100,0[i]

a. On n'a pu obtenir ces données du MAAC.
b. Représente la prophylaxie seulement.
c. Englobe les obturations temporaires, les amalgames, les silicates et les résines composites, les incrustations et les couronnes individuelles. Peut comprendre quelques travaux de restauration sur les dents primaires de personnes à charge.
d. Non défini, peut comprendre le détartrage sous-gingival.
e. Comprend les prothèses complètes et partielles, les réparations et le rebasage.
f. Comprend les ponts et les réparations aux ponts.
g. Peut comprendre un très petit nombre de dents primaires de personnes à charge.
h. Englobe les traitements d'endodontie, d'orthodontie et divers services.
i. Le total ne donne pas 100 parce que les chiffres sont arrondis.

Tableau 3.8
Ministère des Affaires des anciens combattants
Répartition estimative des traitements dentaires
par usager selon la catégorie de services et le groupe de patients,
1982-1983[a]

Catégorie de services	Anciens combattants	Autres ministères du gouvernement	GRC	Usagers réunis
Examen	—	—	—	—
Radiographie	0,93	1,91	2,42	1,49
Prévention	0,31	0,50	0,68	0,45
Restauration	0,81	1,26	1,29	0,99
Traitement du parodonte	0,25	0,48	0,52	0,35
Prothèses (amovibles)	0,67	0,13	0,05	0,44
Prothèses (fixes)	0,01	0,00	0,05	0,02
Extraction	0,72	0,27	0,17	0,52
Autres	0,55	0,67	0,67	0,59
Toutes catégories	4,25	5,22	5,85	4,85

a. Nombre d'usagers dans chaque groupe, selon l'estimation donnée au tableau 3.6.

3.4.6 Dépenses

Les dépenses engagées pour la prestation de services dentaires aux anciens combattants, aux agents de la GRC et aux personnes désignées par d'autres ministères du gouvernement sont indiquées au tableau 3.9. Les chiffres donnés sont raisonnablement précis, mais ne sont quand même que des estimations. Pour l'année financière 1982-1983, les dépenses estimatives au titre des services dentaires fournis aux trois groupes de clients du ministère des Affaires des anciens combattants s'élevaient à près de 9 344 000 $. De ce montant, un peu plus de 6,5 millions de dollars ont été versés pour acquitter les frais des services fournis selon la formule du dentiste au choix. Le reste, soit un peu moins de 2,8 millions de dollars, représente le coût de l'administration des cliniques dentaires du MAAC d'un bout à l'autre du Canada. Il convient de noter que le calcul des dépenses engagées pour les clients qui ont opté pour la formule du dentiste au choix est sans doute assez exact. Le calcul du coût de l'administration des cliniques l'est aussi, mais ne tient pas compte de certains types de coûts qu'il faudrait inclure si l'on employait les méthodes habituelles de comptabilité des coûts. La note a. du tableau énumère quelques-uns de ces coûts. En outre, on a obtenu le coût de l'administration des cliniques en 1982-1983, non pas par une analyse des coûts en bonne et due forme mais en augmentant de 6 p. 100 le chiffre de 1981-1982, conformément à la politique des 6 et 5 p. 100 du gouvernement fédéral. On croit que le chiffre des coûts d'administration des cliniques du MAAC pour 1981-1982 est passablement exact. Les chiffres des dépenses indiquent ce qui a également été démontré par les données sur les traitements, à savoir que la formule du dentiste au choix occupe une place prépondérante dans le programme. De plus, les dépenses consacrées à la formule du dentiste au choix ont augmenté considérablement depuis 1980-1981.

Il convient de faire trois autres remarques au sujet des dépenses. Tout d'abord, lorsque les chiffres relatifs aux dépenses et aux services sont réunis, le traitement dentaire moyen semble coûter 55 $. Ce chiffre serait plus élevé si l'on éliminait les radiographies de la liste des services dentaires dénombrés. Ensuite, le coût des services dentaires fournis à un peu plus de 35 000 usagers est de 267 $ en moyenne. Étant donné le grand nombre de prothèses fabriquées dans le cadre du programme de soins dentaires du MAAC, ce n'est pas un chiffre exagéré. Il ne faut pas oublier que les dépenses moyennes engagées pour des soins dentaires à l'intention d'un groupe d'adultes sont toujours plus élevées que dans le cas d'un groupe mixte formé d'adultes et d'enfants. Enfin, il faut signaler que le ministère du Solliciteur général et, dans une moindre mesure, d'autres ministères du gouvernement, participent au financement du programme de soins dentaires. Ainsi, les dépenses nettes engagées par le ministère des Affaires des anciens combattants peuvent être réduites de près de 3,4 millions de dollars, ce qui veut dire que sa contribution au programme est d'un peu moins de 6 millions de dollars.

Tableau 3.9
Ministère des Affaires des anciens combattants
Dépenses engagées pour les soins dentaires fournis aux anciens combattants, au personnel de la GRC et aux personnes désignées par d'autres ministères du gouvernement

Année financière	Coût de l'administration des cliniques du MAAC[a]	Dépenses engagées au titre de la formule du dentiste au choix	Coût total[b]
1980-1981	N.D. $	5 143 007 $	N.D. $
1981-1982	2 637 484	6 128 162	8 765 646
1982-1983	2 795 733[c]	6 548 179	9 343 912

a. Ces coûts sont ceux qui sont signalés par le ministère des Affaires des anciens combattants. Ils ne comprennent pas la location de locaux, l'amortissement du matériel et des immeubles, les services d'utilité publique et, dans certains cas, les fournitures dentaires, le service téléphonique et les fournitures de bureau.
b. Le ministère du Solliciteur général et d'autres ministères du gouvernement remboursent au MAAC une partie des dépenses totales. Par exemple, sur les dépenses de 9 343 912 $ engagées en 1982-1983, le MAAC se fera rembourser 3 364 209 $ par des transferts entre ministères.
c. Ce chiffre est estimé en augmentant les coûts de 1981-1982 de 6 %, conformément à la politique des 6 et 5 % du gouvernement fédéral.

3.5 Les services dentaires à l'intention des Indiens et des Inuit

Bien que la prestation de services de santé incombe aux provinces, le gouvernement fédéral a continué de fournir un éventail de programmes particuliers de services de santé, notamment de soins dentaires, qui sont d'intérêt national. Pour administrer ces programmes, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a mis sur pied la Direction générale des services médicaux en 1962. Les Services de santé des Indiens et des Inuit comptent parmi les programmes administrés par la Direction générale. Il convient de noter, toutefois, que le gouvernement fédéral a conclu le 31 mars 1981 une entente confiant au gouvernement du Québec l'administration des services de santé dispensés aux Indiens et aux Inuit du Nord du Québec.

L'objectif principal du programme de soins dentaires destiné aux Indiens et aux Inuit est de fournir des soins préventifs et curatifs efficaces et économiques, de sorte que les deux groupes puissent atteindre un niveau de santé buccale identique à celui dont jouissent les autres Canadiens qui vivent dans des régions semblables. L'objectif à long terme des Services médicaux est d'améliorer la santé dentaire grâce à des mesures intensives en matière d'hygiène publique, notamment des programmes d'information soutenus, des activités de prévention et des traitements dentaires précoces. Comme la plupart des Indiens et des Inuit vivent dans les régions les plus reculées du Canada, la Direction générale des services médicaux a eu beaucoup de mal à organiser un service dentaire efficace de prévention et de traitement pour eux. Des mesures ont été prises au cours des années 70 pour essayer d'améliorer la situation.

3.5.1 Admissibilité

Selon les critères actuels d'admissibilité, on estime que 350 000 Indiens et Inuit sont admissibles au programme de soins dentaires administré par la Direction générale des services médicaux. Cette population augmente à un rythme plus rapide que la population canadienne en général en raison de la natalité relativement plus élevée chez les Indiens et les Inuit. Comme la carie dentaire est d'abord une maladie de l'enfance, l'application de programmes efficaces de soins dentaires posera un plus grand défi dans l'avenir.

3.5.2 Services dentaires assurés

Le programme de soins dentaires offert par l'intermédiaire de la Direction générale des services médicaux prévoit un éventail complet de services préventifs et thérapeutiques de base. Font partie de ces services les procédés habituels de diagnostic, y compris les radiographies, tous les services de prévention, les services de restauration où l'on emploie des amalgames et des résines composites, les prothèses, le traitement des affections du parodonte, les traitements radiculaires et la chirurgie buccale. Le service de pose et de mise en bouche des couronnes et des ponts et les traitements d'orthodontie ne sont pas fournis systématiquement. Toutefois, avec l'approbation nécessaire, même ces types de services peuvent être pris en charge. En général, la Direction générale laisse au dentiste traitant le

soin de déterminer quels sont les services à fournir, comptant sur le bon jugement de ce dernier. Aucune politique n'exclut expressément une catégorie quelconque de traitement dentaire du programme.

3.5.3 Ressources humaines et cadre des services

Les services dentaires destinés aux Indiens et Inuit sont fournis dans des cliniques dentaires administrées par le gouvernement et dans des cabinets privés. Les cliniques administrées par le gouvernement sont conçues pour être mobiles. Le matériel portatif est installé dans des postes d'infirmières, des logements privés, des tentes, des remorques ou toute autre installation disponible. En 1982, des soins dentaires ont été offerts par ces cliniques dans 318 localités canadiennes où l'hygiène dentaire incombe à la Direction générale des services médicaux. En 1983, ces services comptaient 16 dentistes et 55 thérapeutes dentaires, tous fonctionnaires fédéraux.

Les thérapeutes dentaires constituent un apport de personnel relativement nouveau au Canada. Ceux qui travaillent pour le compte de l'administration fédérale détiennent un diplôme d'études secondaires et ont suivi un cours intensif de deux ans sur les techniques de base des traitements dentaires de prévention et de restauration. Sur le terrain, les thérapeutes dentaires exécutent les programmes de traitement prescrits par les dentistes traitants. Les thérapeutes dentaires qui travaillent au sein de la Fonction publique fédérale se distinguent de leurs collègues par le fait qu'ils traitent tant les enfants que les adultes. Jusqu'à tout récemment, l'École nationale de thérapie dentaire était située à Fort Smith dans les Territoires du Nord-Ouest. En septembre 1983, l'École déménageait à Prince-Albert, Saskatchewan. L'École avait été mise en place pour assurer la formation dans ce domaine d'autochtones et d'habitants du Grand Nord qui iraient ensuite exercer dans leur propre localité. En 1983, 63 p. 100 des thérapeutes dentaires assurant les services de santé des Indiens et des Inuit étaient des autochtones ou des habitants du Nord. À l'heure actuelle, la plupart des étudiants sont des autochtones ou des personnes originaires du Nord.

Les dentistes en cabinet privé représentent une autre source importante de personnel dentaire. Plus de 1500 dentistes au Canada fournissent des services dentaires aux Indiens et Inuit inscrits, soit en cabinet privé, soit dans des cliniques dentaires publiques. Au cours de l'année financière 1978-1979, le gouvernement fédéral a versé 4,7 millions de dollars aux dentistes participant au programme de cette façon selon la formule de rémunération à l'acte ou à la vacation.

3.5.4 Administration

Comme on pouvait s'y attendre, l'administration des Services de santé des Indiens et des Inuit est fortement décentralisée, ce qui est en rapport avec la répartition démographique des habitants de ces régions. La Direction générale des services médicaux administre neuf régions; chacune d'entre elles est entièrement responsable de son propre programme de santé.

Chaque région recrute ses propres dentistes. Elle s'occupe en outre d'établir, d'équiper et d'exploiter ses propres cliniques. Comme une région peut être subdivisée en zones, la Direction générale des services médicaux emploie également des dentistes chargés de desservir une région, une zone ou une localité. Les dentistes relèvent de l'agent principal des services dentaires à l'administration centrale à Ottawa. La plupart des dentistes chargés de desservir des zones et des localités travaillent dans le nord du Canada et dans les régions au sud du pays où la densité de la population autochtone est la plus élevée.

Au fil des ans, les Services médicaux ont constaté qu'il était efficace de conclure des contrats pour la prestation des soins dans certaines régions. Grâce à ce mécanisme, l'Université de Toronto et l'*Ontario Dental Association* jouent un rôle dans l'administration des programmes de soins dentaires destinés aux habitants de Sioux Lookout et de Moose Factory et des programmes offerts par l'École nationale de thérapie dentaire. L'Université du Manitoba fournit des services en vertu d'un contrat à la zone de Keewatin, Territoires du Nord-Ouest, et aux régions insuffisamment desservies du Manitoba. On fait aussi appel à la formule des contrats pour obtenir les services de dentistes exerçant en cabinet privé.

Dernièrement, la Direction générale a confié au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest un certain nombre d'attributions en matière de soins de santé dans la zone de Baffin. Par conséquent, la région des Territoires du Nord-Ouest traverse à l'heure actuelle une période de transition sur le plan administratif.

3.5.5 Utilisation

Il n'existe aucune donnée qui permette de déterminer quel est le taux d'utilisation des soins dentaires chez les Indiens et les Inuit. Il n'y a aucun doute que le taux d'utilisation varie considérablement d'une collectivité à l'autre, puisque l'accessibilité aux services offerts par les dentistes et les thérapeutes dentaires varie considérablement. Selon certaines sources, peut-être 30 p. 100 de la population admissible reçoit des soins dentaires par l'intermédiaire du programme de soins dentaires administré par les Services médicaux.

3.5.6 Dépenses

Les dépenses prévues au budget du programme de soins dentaires de la Direction générale des services médicaux étaient de 21 597 804 $ au cours de l'année financière 1982-1983, ce qui représente un coût d'environ 62 $ par client admissible. En supposant que le taux d'utilisation estimatif soit assez précis, les dépenses par usager seraient de 206 $, ce qui est élevé en comparaison des autres programmes examinés. Il faudrait tenir compte de trois facteurs lorsqu'on examine ces chiffres. Premièrement, les coûts des déplacements et des réparations du matériel sont beaucoup plus grands dans le nord que dans le sud du pays. Cela diminue considérablement l'efficacité avec laquelle le programme de soins dentaires peut être administré. Deuxièmement, les besoins en matière de traitements dentaires des Inuit et des Indiens sont peut-être plus grands que ceux des autres habitants du Canada. C'est ce qui est confirmé dans le Rapport sur l'hygiène dentaire de Nutrition Canada*. Troisièmement, 3,4 p. 100 du budget global (734 325 $) ont été affectés au programme de formation des thérapeutes dentaires; lorsqu'on a déterminé les coûts des soins dentaires dans le cadre d'autres programmes de soins dentaires, on n'a pas habituellement inclus les coûts relatifs à la formation. Toutefois, l'École nationale de thérapie dentaire joue un rôle important dans le système de prestation des soins, de sorte qu'il y a peut-être lieu d'inclure au moins une partie du budget de l'école dans les dépenses du programme de traitement.

* Par exemple, chez les personnes de 19 ans et plus, 31,5 p. 100 des Indiens et 44,7 p. 100 des Inuit ont dû se faire extraire quatre dents ou plus, par opposition à 20,9 p. 100 pour les autres Canadiens. Pour le même groupe d'âge, 26,3 p. 100 des Indiens et 16,5 p. 100 des Inuit ont dû subir sept traitements de restauration ou plus, comparativement à 9,6 p. 100 pour les autres Canadiens[10].

4.0 LES PROGRAMMES DE SOINS DENTAIRES DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

4.1 Introduction

Il est difficile de décrire succinctement et de façon systématique les programmes de soins dentaires des provinces et des territoires. En effet, les programmes offerts sont beaucoup plus variés que dans le cas des soins médicaux. Le présent chapitre porte donc sur plusieurs types de programmes différents. On décrira les programmes de soins dentaires universels pour les enfants de certains groupes d'âge offerts à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec et en Saskatchewan, ainsi que le programme pour les personnes âgées et les personnes à leur charge offert en Alberta. On examinera également au moins certains services offerts dans toutes les autres provinces, notamment, des programmes axés sur la prévention et des programmes de traitement limités et dispersés qui s'adressent à diverses clientèles. Mention sera faite également des programmes municipaux dont les dépenses et les réalisations ont approché ou dépassé dans certains cas celles des régimes d'assurance dentaire universelle dans des provinces de moindre importance. Dans ces cas précis, et lorsqu'on disposait de données, les informations communiquées par les municipalités ont été totalisées pour la province et sont présentées dans la section appropriée du présent chapitre. Ces données ont été utilisées en particulier pour les provinces et les territoires qui n'avaient pas de régimes d'assurance dentaire universelle pour les enfants, par exemple l'Alberta et l'Ontario.

Les gouvernements provinciaux ont été les derniers à offrir des services dentaires, qu'ils soient orientés vers la prévention ou vers le traitement. Pour l'essentiel, les premiers efforts sérieux en ce sens remontent à 1950, lorsque Terre-Neuve a mis sur pied un régime de soins dentaires pour les enfants, mais ce n'est que durant les années soixante-dix que les provinces ont commencé à jouer un rôle important dans la distribution des soins dentaires au Canada.

4.1.1 Ramifications de l'entrée des provinces et des territoires dans le champ de l'asssurance dentaire

L'introduction des régimes d'assurance dentaire universelle pour certains groupes d'âge a eu des conséquences importantes sur la structure du réseau des soins dentaires tel qu'il existait alors. Premièrement, ces régimes représentaient l'intervention la plus importante jusque-là du secteur public dans le marché des soins dentaires. Les provinces concernées, soit l'Alberta, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec et la Saskatchewan, ont constaté qu'elles n'étaient pas pleinement satisfaites de l'accès au réseau des soins dentaires dispensés par des dentistes privés rémunérés à l'acte. Sans exception, les régimes provinciaux offraient des réseaux de soins dentaires plus structurés, mieux administrés et plus accessibles, du moins pour les populations cibles.

En second lieu, deux démarches distinctes concernant la prestation des soins dentaires publics ressortent de la structure de base des régimes d'assurance dentaire universelle visant certains groupes. D'une part, quatre provinces, soit Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, le Québec et l'Alberta, ont choisi le système du tiers payant, financé par l'État. Cette méthode conservait le principe du recours au dentiste privé, mais le mode de paiement direct ou l'assurance dentaire privée était remplacé par le système du tiers payant, financé par l'État. D'autre part, deux provinces, soit l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan, ont préféré un système de prestation directe des soins, dans le cadre de l'école, faisant appel à des professionnels de la santé salariés, employés par l'État. Ces deux provinces ont étendu le réseau de soins dentaires existant et l'ont en partie modifié. Récemment, l'Île-du-Prince-Édouard a commencé à revenir à un mécanisme du type "tiers payant", financé par l'État.

Troisièmement, le régime d'assurance dentaire pour les enfants de la Saskatchewan a apporté une innovation importante, en ce que les principaux dispensateurs de soins dentaires sont des thérapeutes dentaires, dont le rôle s'apparente à celui des infirmières dentaires de la Nouvelle-Zélande, et qui sont formés et autorisés à travailler en Saskatchewan. Certains diplômés travaillent aussi dans des régions rurales désignées du Manitoba. Auparavant, quelques infirmières dentaires de la Nouvelle-Zélande avaient travaillé au Yukon.

4.1.2 Sources et limites des données

On a obtenu les données nécessaires pour ce chapitre sur les régimes provinciaux d'assurance dentaire au cours d'entrevues avec tous les experts-conseils dentaires principaux des provinces et de consultations avec les bureaux dentaires régionaux de la Direction générale des services médicaux. On trouvera à l'appendice II un exemplaire du guide de collecte des données utilisé. Dans de nombreux cas, les répondants ont pu fournir des informations additionnelles précieuses sous la forme de résumés statistiques, de rapports périodiques et d'études spéciales. Dans

le cas des programmes destinés aux enfants de certains groupes d'âge, les données du présent chapitre ont été fréquemment extraites des rapports statistiques annuels publiés par l'organisme provincial administrant le programme.

Il faut signaler cependant que les données concernant les programmes dentaires de prévention axés sur la santé publique peuvent être moins complètes et moins précises qu'on ne le souhaiterait. Les données ne sont pas rassemblées de façon à permettre de chiffrer les réalisations de ces programmes. Dans plusieurs cas, les données ne sont pas suffisamment désagrégées pour permettre de distinguer les informations dentaires des informations médicales. Dans ce cas, il se peut que des données relatives aux soins dentaires, ainsi qu'aux dépenses et aux coûts connexes, soient passées sous silence. Toutefois, dans l'ensemble, les omissions et les inexactitudes seront minimes par rapport à l'ensemble des renseignements sur les soins dentaires dont la présente étude fait état.

4.2 L'assurance dentaire en Alberta en vertu de l'*Extended Health Benefits Program*

L'*Extended Health Benefits Program* (EHB) de l'Alberta, qui a été mis sur pied en août 1973 pour aider les personnes âgées de la province, est un élément du régime d'assurance-maladie de l'Alberta (Alberta Health Care Insurance Plan). Outre les services dentaires, le programme EHB couvre les lunettes, les prothèses auditives et certains articles, appareils et fournitures médicaux personnels, pour les résidents de l'Alberta âgés de 65 ans et plus, ainsi que pour leurs conjoints et les personnes à leur charge. Ce programme est unique parmi les régimes provinciaux d'assurance dentaire en ce qu'il s'adresse non aux enfants, mais aux personnes âgées*.

4.2.1 Admissibilité

Les personnes inscrites au régime d'assurance-maladie de l'Alberta (Alberta Health Care Insurance Plan) âgées de 65 ans et plus, ainsi que leurs conjoints et les personnes à leur charge, ont droit aux avantages prévus par le programme. On trouvera au tableau 4.1 la répartition des personnes admissibles par âge et par sexe en 1976 et en 1981. Statistique peu surprenante, un peu plus de 83 p. 100 des personnes admissibles à chacune de ces années sont âgées de 65 ans et plus. Par ailleurs, environ 57 p. 100 du nombre total de personnes admissibles à chacune de ces années sont des femmes. Les personnes âgées deviennent admissibles automatiquement lors de leur 65e anniversaire; leurs droits cessent avec l'annulation de leur inscription à l'*Alberta Health Care Insurance Plan*, par exemple, lorsqu'elles quittent définitivement la province. Au décès des bénéficiaires principaux, les conjoints de moins de 65 ans et les personnes à charge demeurent admissibles jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant le décès. (Avant 1982, cette admissibilité continuait pendant 30 jours seulement après le décès.) Cependant, un programme approuvé de soins orthodontiques majeurs commencé pour le conjoint ou une personne à charge peut se poursuivre jusqu'à la fin, ou jusqu'à ce que la limite de 1200 dollars fixée par le régime soit atteinte.

Tableau 4.1
Programme de soins dentaires de l'Alberta
(*Alberta Extended Health Benefits Dental Program*)
Personnes admissibles aux services dentaires
par âge et par sexe, 1976 et 1981

	1976			Estimation – 1981[a]		
Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Moins de 5 ans	92	83	175	102	101	203
5–14 ans	960	957	1 917	1 062	1 159	2 221
15–24	2 416	2 011	4 427	2 672	2 436	5 108
25–44	128	281	409	142	340	482
45–64	2 009	19 301	21 310	2 223	23 385	25 608
65–69	23 724	24 648	48 372	27 005	30 420	57 425
70–74	18 984	19 030	38 014	20 050	23 070	43 125
75 ans et plus	24 400	29 895	54 295	27 190	35 650	62 840
TOTAL	72 713	96 206	168 919	80 446	116 561	197 012

a. Pour les personnes de 65 ans et plus, les estimations de 1981 sont tirées du recensement de 1981. Pour les groupes d'âges plus jeunes, on a supposé que le rapport entre le groupe d'âge-sexe particulier et le total par sexe pour les personnes de 65 ans et plus était le même qu'en 1976.

* Note du rédacteur — Voir aussi la section 4.13 Programmes de soins dentaires du Yukon pour les personnes âgées.

4.2.2 Services dentaires assurés

Le programme EHB couvre les services dentaires suivants :

1) l'obturation, l'extraction et la restauration des dents naturelles par un dentiste;
2) les soins orthodontiques dispensés par un dentiste;
3) la pose de dentiers partiels et complets et la réparation de dentiers exécutées par un dentiste;
4) la pose de dentiers complets et la réparation de dentiers exécutées par un mécanicien-dentiste.

Cette liste générale des services tirée d'une publication exposant le régime au grand public ne donne pas une idée juste de la vaste protection réellement offerte aux assurés. L'examen des listes de services offerts, qui sont distribuées aux mécaniciens-dentistes et aux dentistes, montre clairement qu'un éventail impressionnant de services est offert dans chaque catégorie traditionnelle de services dentaires, lesquels ne sont pas mentionnés expressément dans la liste générale ci-dessus.

Bien que la gamme des services offerts par le programme soit très large, les paiements pour le compte d'une seule personne au titre des services dentaires ne doivent pas dépasser 1200 $ pour deux années civiles consécutives, les dates de facturation étant prises comme référence. Avant le 1er janvier 1981, le paiement maximal était de 1000 $.

Naturellement, certaines limites sont prévues en plus du maximum de 1200 $ notamment :

1) un dentier complet (y compris le rebasage) pour chaque arcade dentaire, une fois tous les cinq ans;
2) un dentier partiel pour chaque arcade dentaire une fois tous les cinq ans;
3) au cours d'une période de cinq ans, il est possible d'obtenir un dentier partiel pour une arcade dentaire et de le faire remplacer par un dentier complet;
4) un rebasage tous les deux ans;
5) les soins orthodontiques majeurs doivent être approuvés au préalable par l'Association dentaire de l'Alberta et, ensuite, par le régime;
6) les incrustations en or sur les dentiers ne sont pas couvertes;
7) certaines restrictions s'appliquent aux rectifications de l'occlusion.

4.2.3 Ressources humaines et cadre des services

Les soins dentaires prévus par le programme EHB sont dispensés dans les cabinets des dentistes (généralistes et spécialistes) et des mécaniciens-dentistes exerçant en cabinet privé. Depuis l'entrée en vigueur du programme, les dentistes et les mécaniciens-dentistes de la province ont été nombreux à y participer. Par exemple, de 83 à 90 p. 100 des dentistes autorisés de l'Alberta ont traité des patients en vertu du programme selon les années et, depuis 1979, 100 mécaniciens-dentistes ou plus ont participé au régime chaque année.

4.2.4 Administration

Les personnes admissibles au programme EHB ne versent pas de primes. Le programme est financé par les recettes fiscales et il est actuellement administré par le *Department of Hospitals and Medical Care*, créé en 1978.

La rémunération à l'acte pour les traitements prévus par le programme EHB est fixée selon des barèmes dressés chaque année. Au départ, des accords étaient négociés entre les responsables du programme et des représentants de chacun des deux groupes de dispensateurs de soins. Au cours des premières années de mise en oeuvre du programme, l'Association dentaire de l'Alberta (ADA) a créé une commission d'évaluation pour administrer le programme, mais depuis 1978, aucun accord officiel n'a été passé entre l'ADA et le gouvernement. En ce qui concerne les mécaniciens-dentistes, dont la plupart ont passé des accords individuels avec le gouvernement, le barème des honoraires est établi par le gouvernement. Du côté des dentistes, deux barèmes (un pour les dentistes généralistes et l'autre pour les spécialistes dentaires autorisés) sont publiés chaque année par l'Association dentaire de l'Alberta, normalement après consultation avec des représentants du gouvernement. Il a été prévu au départ que des réunions auraient lieu tous les ans entre des représentants du gouvernement et des dispensateurs de soins, pour régler des questions concernant le programme et pour établir les nouveaux barèmes.

Les tarifs accordés aux mécaniciens-dentistes et aux dentistes d'après les barèmes ont été augmentés de 5 p. 100 pour tous les soins dispensés, le 1er janvier 1983. En 1983, l'augmentation atteignait un peu plus de 18 p. 100 et, en 1981, elle était de 11,6 p. 100. Actuellement, les honoraires versés aux dentistes généralistes en vertu du programme EHB représentent de 73 à 74 p. 100 environ du tarif pour les mêmes services indiqué dans le barème de l'Association dentaire de l'Alberta (Alberta Dental Association Fee Guide); il s'agit d'une légère diminution par rapport au chiffre de 1982, qui était de 78 p. 100.

Les ententes actuelles entre les dentistes et le gouvernement permet la surfacturation mais exige que les praticiens informent les patients de cette façon de procéder avant d'entreprendre tout traitement. Les praticiens peuvent facturer directement le programme ou le patient ou les deux. Une étude menée en 1982 par l'*Alberta Dental Association* a démontré que 75 p. 100 des répondants adressent leurs comptes directement au programme, 9 p. 100 aux patients et 16 p.100 aux deux. Toutefois, ces données ne sont pas totalement fiables, puisque le tiers seulement des dentistes d'Alberta ont répondu au questionnaire. Ainsi, aucune conclusion ne peut être tirée des données qui portent sur la facturation du fait que la méthode de paiement est indépendante du montant à payer.

Dans le cas des mécaniciens-dentistes, la plupart d'entre eux ont passé avec le gouvernement des accords qui spécifient que les personnes âgées ne seront pas surfacturées et que les tarifs du programme seront acceptés comme paiements complets.

4.2.5 Utilisation

On trouvera au tableau 4.2 les résultats de la mise en oeuvre du régime d'assurance dentaire dans le cadre du programme EHB. Les données pour 1974 ne représentent que six mois d'utilisation et les données pour 1977-1978 sont basées sur neuf mois, parce que l'année financière du programme a été alignée sur l'année financière du gouvernement. Ce tableau appelle plusieurs observations. Tout d'abord, au cours des sept premières années d'application, le taux d'utilisation du programme s'est situé entre 25 et 27 p. 100. Toutefois, en 1980-1981, le taux d'utilisation a bondi à 35,8 p. 100 et aucune explication n'a été donnée pour ce changement.

Ensuite, les taux d'utilisation observés sont faibles, ce qui prouve que les personnes âgées ne profitent pas autant du réseau de soins dentaires que les enfants et les adultes actifs. Cette observation a déja été faite, mais il convient de remarquer que cette situation est peut-être fortement attribuable à un effet de cohorte, c'est-à-dire que la cohorte actuelle de personnes âgées pourrait avoir été moins sensibilisée à l'importance de la santé dentaire. Il s'ensuivrait que les générations suivantes de personnes âgées aurait moins recours au réseau de soins dentaires que la génération actuelle.

Enfin, il ressort du tableau 4.2 que, lorsqu'elles peuvent choisir librement, 25 p. 100 des personnes âgées s'adressent à un mécanicien-dentiste. Comme toutes les personnes âgées ne sont pas édentées, il s'ensuit qu'un pourcentage encore plus élevé des personnes qui ont besoin d'un dentier complet pour la mâchoire supérieure ou inférieure, ou pour les deux, font appel à un mécanicien-dentiste. Il est évident que le vieil argument selon lequel les prothèses fournies par les mécaniciens-dentistes sont moins coûteuses ne s'applique pas aux personnes admissibles au programme EHB. La raison doit en être que, soit par habitude, soit en raison de la relation particulière qui s'établit entre les mécaniciens-dentistes et leurs clients, une grande partie des personnes âgées se tournent vers cette catégorie de professionnels de la santé pour ce qui constitue un service dentaire important.

La répartition des prestations de soins dentaires par groupe d'âge est donnée au tableau 4.3, ces données étant tirées d'une étude spéciale menée en 1976[11]. D'après les données, 79 p. 100 des prestations s'adressaient à des personnes de 65 ans et plus, ce qui n'est pas surprenant puisque 83 p. 100 des personnes admissibles appartenaient également à ce groupe d'âge. Malheureusement, étant donné qu'on ne connaît pas le nombre réel d'utilisateurs dans chaque catégorie d'âge, on ne peut calculer les prestations par utilisateur pour chaque groupe d'âge.

Pour la même année 1976, le tableau 4.4 donne la répartition des soins dentaires par catégorie. On peut voir que le diagnostic (y compris les radiographies) et les soins préventifs représentaient 36,2 p. 100 de tous les soins dispensés. Les restaurations représentaient 21,5 p. 100 des soins alors que la parodontologie représentait tout juste 2 p. 100 des soins remboursés. Les deux autres principales catégories de soins étaient la chirurgie buccale et les prothèses. Étant donné qu'une bonne partie du travail des mécaniciens-dentistes consiste à poser des prothèses, il semblerait qu'environ 24 p. 100 de tous les soins concernent la pose de dentiers.

4.2.6 Dépenses

On trouvera au tableau 4.5 les dépenses engagées par le programme d'assurance dentaire EHB; des données séparées indiquent les rémunérations versées aux dentistes et aux mécaniciens-dentistes. D'après ce tableau, on peut voir que le total des dépenses est passé de 6,9 millions de dollars en 1974-1975 à 18,1 millions en 1982-1983. C'est-à-dire que, par personne admissible, les dépenses du programme sont passées de 42,42 $ en 1974-1975 à 86,36 $ en 1982-1983. On voit donc que les dépenses engagées par le programme d'assurance dentaire ont très peu changé entre 1974-1975 et 1978-1979, dès qu'on tient compte du nombre de personnes admissibles. Toutefois, la situation s'est beaucoup modifiée en 1979-1980, et à nouveau en 1980-1981, où l'on observe deux augmentations successives des dépenses. L'accélération des dépenses en 1979-1980 paraît être attribuable en grande partie à une augmentation du coût des services, en particulier ceux des mécaniciens-dentistes. L'augmentation des dépenses de 1980-1981 provient des effets combinés de l'élévation des prix et d'une augmentation de l'utilisation de près de 10 p. 100.

Tableau 4.2
Programme de soins dentaires de l'Alberta (EHB)
Utilisation des services dentaires, de 1974 à 1983

Année	Nombre de personnes admissibles	Professionnels de la santé 1. Dentiste 2. Mécanicien-dentiste	Nombre d'utilisateurs[a]	Nombre de services	Nombre de services par utilisateur	Pourcentage des personnes admissibles ayant utilisé le programme
		1.	33 609	193 376	5,8	
1974-75	163 519	2.	10 449	22 555	2,2	
			44 058	215 931	4,9	26,9
		1.	34 296	191 256	5,6	
1975-76	168 919	2.	9 853	23 503	2,4	
			44 149	214 759	4,9	26,1
		1.	36 690	214 907	5,9	
1976-77	174 719	2.	9 909	25 774	2,6	
			46 599	240 681	5,2	26,7
		1.	36 456	198 939	5,5	
1977-78	178 871	2.	9 182	24 019	2,6	
(9 mois)			45 638	222 958	4,9	25,5
		1.	39 326	212 857	5,4	
1978-79	184 323	2.	9 429	25 036	2,7	
			48 755	237 893	4,9	26,5
		1.	40 840	222 595	5,5	
1979-80	188 782	2.	11 176	30 754	2,8	
			52 016	253 349	4,9	27,6
		1.	55 500	252 833	4,6	
1980-81	194 975	2.	14 241	33 230	2,3	
			69 741	286 063	4,1	35,8
		1.	46 543	284 402	6,1	
1981-82	203 059	2.	13 549	33 147	2,4	
			60 092	317 549	5,3	29,6
		1.	51 589	329 816	6,4	
1982-83	209 059	2.	15 020	37 468	2,5	
			66 609	367 284	5,5	31,8

a. Pour calculer le nombre total d'utilisateurs dans une année financière donnée, on suppose qu'aucun patient n'a reçu les services à la fois d'un dentiste et d'un mécanicien-dentiste cette année-là.

L'analyse en dollars constants révèle qu'en termes réels, les dépenses totales du programme ont diminué jusqu'à 1978-1979, se sont élevées en 1979-1980, mais ont diminué à nouveau en 1980-1981, jusqu'à un niveau inférieur aux dépenses de 1974-1975. À la suite de rajustements effectués en 1981-1982, les dépenses en dollars constants ont été ramenées au niveau de la période 1976-1980. On note en 1982-1983 une légère augmentation des dépenses.

Un phénomène particulièrement intéressant se dégage des chiffres relatifs aux dépenses par utilisateur présentés au tableau 4.5 soit de 1974 à l'année financière 1978-1979, le revenu par patient a été constamment plus élevé pour les dentistes que pour les mécaniciens-dentistes. Toutefois, la situation s'est inversée soudainement et de façon spectaculaire en 1979-1980, lorsque les mécaniciens-dentistes ont commencé à recevoir 237,43 $ par patient

par année contre 178,73 $ pour les dentistes. L'écart entre les revenus des mécaniciens-dentistes et des dentistes s'est même élargi en 1980-1981; en effet, les mécaniciens-dentistes ont alors reçu 250,86 $ par patient contre 164,79 $ pour les dentistes, soit une différence de 86,07 $ par patient.

Tableau 4.3
Programme de soins dentaires de l'Alberta (EHB)
Prestation de soins dentaires par groupe d'âge, 1975-1976

Groupe d'âge	Nombre de services	Pourcentage de tous les services	Pourcentage cumulé
Moins de 5 ans	33	0,0[a]	0,0[a]
5–14	3 159	1,5	1,5
15–24	8 551	4,0	5,5
25–44	372	0,2	5,6
45–64	33 342	15,5	21,2
65–69	80 938	37,7	58,9
70–74	47 021	21,9	80,8
75 ans et plus	41 343	19,2	100,0
Total	214 759	100,0	—

a. Plus précisément, ce chiffre était 0,02.

Tableau 4.4
Programme de soins dentaires de l'Alberta (EHB)
Répartition des prestations de soins dentaires par catégorie, 1975-1976

Catégorie de services	Nombre de services	Pourcentage de tous les services	Pourcentage cumulé
Diagnostic	36 086	16,8	16,8
Prévention	41 594	19,4	36,2
Restauration	46 144	21,5	57,7
Parodontologie	4 404	2,0	59,7
Endodontie	1 690	0,8	60,5
Prothèse	28 549	13,3	73,8
Orthodontie	175	0,1	73,9
Chirurgie buccale	30 921	14,4	88,3
Autres	1 693	0,8	89,1
Mécanicien-dentiste	23 503	10,9	100,0
Total	214 759	100,0	—

À l'évidence, les interventions des mécaniciens-dentistes consistent plus souvent à poser des dentiers, ce qui représente une dépense importante. Toutefois, cette remarque s'applique tout autant à la période d'avant 1979 qu'à celle qui a suivi. Pourquoi les choses ont-elles changé? L'analyse en dollars constants indique qu'en 1980-1981, les dépenses par patient traité par un dentiste s'établissaient à 58 p. 100 seulement du chiffre de 1974-1975, alors que les dépenses par patient traité par un mécanicien-dentiste s'établissaient à 113 p. 100 de celles de 1974-1975. La diminution du nombre moyen d'interventions par patient traité par un dentiste peut expliquer cette tendance en partie, bien que, lorsque les données de 1980-1981 sont combinées avec celles de 1979-1980, même cette explication devient moins convaincante. Toutefois, dans la mesure où elle est valide, elle peut refléter un moindre

besoin pour certaines catégories de traitements traditionnellement assurés par les dentistes. De plus, il est possible qu'il y ait eu des changements réels dans le rapport entre les prix des traitements des dentistes et de ceux des mécaniciens-dentistes, à l'avantage de ces derniers.

Tableau 4.5
Programme de soins dentaires de l'Alberta (EHB)
Dépenses en dollars constants (1974) et courants

Année	Professionnels de la santé 1. Dentiste 2. Mécanicien-dentiste	Dépenses totales		Dépenses par personne admissible	Dépenses par utilisateur	
		Dollars courants	Dollars constants[a]		Dollars courants	Dollars constants
	1.	$5 576 571	$5 576 571		$165,92	$165,92
1974-75	2.	1 359 322	1 359 322		130,09	130,09
		6 935 893	6 935 893	$42,42	157,43	157,43
	1.	5 237 378	4 691 468		152,71	136,79
1975-76	2.	1 308 586	1 172 188		132,81	118,97
		6 545 964	5 863 666	38,75	148,27	132,82
	1.	5 870 558	4 927 855		160,00	134,29
1976-77	2.	1 350 704	1 133 691		136,31	114,41
		7 221 262	6 061 046	41,33	154,02	129,27
	1.	5 716 593	4 404 645		156,80	120,81
1977-78	2.	1 259 415	970 382		137,16	105,68
		6 976 008	5 875 027	39,00	152,86	117,78
	1.	6 536 622	4 639 012		166,22	117,97
1978-79	2.	1 420 000	1 007 768		150,60	106,88
		7 956 622	5 646 780	43,17	163,20	115,82
	1.	7 299 459	4 731 026		178,73	115,84
1979-80	2.	2 653 539	1 719 848		237,43	153,89
		9 952 998	6 450 874	52,72	191,34	124,01
	1.	9 145 598	5 360 479		164,79	96,59
1980-81	2.	3 572 453	2 093 910		250,86	147,04
		12 718 051	7 454 389	65,23	182,36	106,89
	1.	10 330 045	5 357 580		222,38	115,11
1981-82	2.	3 934 839	2 040 767		290,42	150,62
		14 264 884	7 398 347	70,25	237,38	123,12
	1.	13 334 872	6 139 530		258,48	119,01
1982-83	2.	4 767 854	2 195 176		317,43	146,15
		18 102 726	8 334 706	86,36	271,78	125,13

a. Dépenses dégonflées par la moyenne simple de l'indice des prix à la consommation de septembre pour Calgary et Edmonton, 1974 = 100.

Il est regrettable qu'on ne dispose pas d'un plus grand nombre de données longitudinales sur le programme de soins dentaires EHB de l'Alberta, puisque c'est le seul programme de soins dentaires universel pour les personnes âgées*, dans une province au Canada. Il se peut que non seulement la santé buccale de la population admissible change avec le temps, mais aussi qu'il y ait évolution des attitudes quant à un niveau de soins dentaires acceptable pour les personnes âgées. Ces changements devraient avoir une incidence sur les modes de prestation des soins dentaires. On se demande également quel est l'effet de l'intervalle de cinq ans fixé pour le remplacement des

* Note du rédacteur — Voir aussi la section 4.13 Programmes de soins dentaires du Yukon pour les personnes âgées.

dentiers. A-t-on des preuves que cette ligne de conduite donne des résultats? Il vaudrait aussi la peine de déterminer si les 25 à 35 p. 100 des personnes âgées qui constituent le groupe d'utilisateurs dans une année donnée sont les mêmes personnes année après année. Est-il permis de croire , par ailleurs, que les gens attendent d'avoir 65 ans pour demander des traitements majeurs, et par le fait même remettent à plus tard les soins dont ils ont besoin dans les années précédant immédiatement le 65e anniversaire?

4.2.7 Programmes spéciaux

L'*Alberta Community Health Dental Services Division* offre ou parraine plusieurs programmes supplémentaires dans toute la province : 1) financement de programmes de soins dentaires à l'échelon local; 2) services dentaires à l'intention des régions insuffisamment desservies, selon toute une gamme de mécanismes; 3) traitements des fissures labiales ou palatines, et 4) programme de soins dentaires pour les enfants handicapés.

L'Alberta compte 27 unités sanitaires locales qui, toutes, offrent une gamme de soins préventifs ou font la promotion de l'hygiène dentaire. De plus, trois unités sanitaires locales (Barons-Eureka-Warner, la ville de Calgary et la ville d'Edmonton) offrent des programmes de traitement. Il est difficile de chiffrer l'ensemble des efforts consacrés à ces activités. Une publication récente des services dentaires de santé communautaire signale que le personnel suivant oeuvre dans le cadre des programmes dentaires des unités sanitaires locales : 16 dentistes à temps partiel et 7 à plein temps, 102 hygiénistes dentaires et 80 assistantes dentaires[12]. En supposant que tous les dentistes à temps partiel travaillent à ces programmes un quart du temps et en adoptant un barème de salaires de 48 000 $ pour les dentistes, de 22 500 $ pour les hygiénistes dentaires et de 13 500 $ pour les assistantes dentaires, on peut établir que le budget salarial dentaire des unités sanitaires locales est de 3,9 millions de dollars. Il s'agit probablement ici d'une estimation modérée parce que certains des dentistes à temps partiel travaillent probablement à mi-temps et que les trois programmes de traitement emploient jusqu'à sept dentistes cliniciens additionnels à plein temps. Si l'on suppose encore que les coûts du matériel et des fournitures et les frais de déplacement relativement imposants représentent 25 p. 100 du budget salarial, on peut ajouter 975 750 $ au budget de ces programmes pour atteindre un total estimatif de 4 878 750 $. Comme on l'a déjà indiqué, il s'agit probablement ici d'une estimation très prudente.

Le régime d'assurance dentaire pour les régions insuffisamment desservies comprend trois éléments. Premièrement, la *Community Health Dental Division* finance trois cliniques dentaires mobiles qui sont utilisées pendant toute l'année et dont le personnel est constitué d'étudiants en médecine dentaire et en hygiène dentaire de l'Université de l'Alberta, supervisés par des membres de la faculté ou par des dentistes en pratique. (On ignore la taille de la population admissible, le nombre d'utilisateurs et le coût de ce programme.)

Deuxièmement, la Division a acheté sept autres cliniques dentaires mobiles pour permettre aux dentistes de pratiquer des traitements dentaires dans plusieurs autres localités insuffisamment desservies. La Division paie les biens d'équipement et les coûts de déplacement. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. Idéalement, on souhaiterait qu'un dentiste qui travaille dans une clinique mobile subventionnée finisse par s'établir dans la localité. Le budget de cette activité n'a pas été communiqué.

Troisièmement, dans le cadre du *Visiting Dentist Program*, la Division met à la disposition des dentistes un matériel portatif et leur réserve des locaux pour leur permettre de dispenser des soins pour la durée de leur visite dans des agglomérations insuffisamment desservies. On ne connaît pas le coût de cet élément du programme.

Le programme de traitement des fissures labiales ou palatines s'adresse aux personnes de tout âge. Ce programme couvre la plupart des soins dentaires nécessaires, sous réserve de l'approbation d'une clinique de fissures labiales provinciale. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. En 1981-1982, le programme a reçu 2266 demandes de remboursement pour des dépenses totales de 359 170 $.

Le quatrième programme prévoit des soins dentaires pour les enfants handicapés non hospitalisés, âgés de 17 ans ou moins. Ces patients ont droit à des soins complets, bien qu'il soit nécessaire de demander une approbation préalable pour les programmes de traitement intensif. Les dentistes affiliés à ce programme sont rémunérés à l'acte. Quelle que soit l'importance des soins nécessaires, la *Community Health Dental Division* s'attend à ce que les tuteurs des enfants handicapés versent un forfait de 75 $ au *Department of Social Services and Health*. En 1981-1982, les dentistes ont présenté 869 demandes de paiement pour un total de 106 220 $.

4.3 Le régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique

Le régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique, d'existence éphémère, a été le régime provincial d'assurance universelle le plus récemment mis sur pied (janvier 1981) et le premier à être suspendu (septembre 1982). Il avait été inauguré dans une province où la proportion de la population couverte par une assurance dentaire collective privée était la plus forte, et où le nombre de dentistes par habitant était le plus élevé, soit un pour

1586. Onze pour cent de l'ensemble de la population buvait de l'eau additionnée de fluorure dès 1980[13]. La *Division of Dental Health Services* offrait divers programmes d'hygiène dentaire publique, en particulier dans les régions de la province où il n'y avait pas assez de dentistes, avec un personnel itinérant de dentistes, d'hygiénistes et d'assistantes dentaires. Ces programmes comprenaient un programme d'hygiène dentaire scolaire, dont le personnel était constitué d'hygiénistes dentaires et d'assistantes dentaires qui donnaient de l'information en matière d'hygiène buccale; on apprenait aux enfants comment mettre en pratique les méthodes de prévention : on leur montrait dans les écoles comment utiliser un dentifrice au fluorure et un rince-bouche fluoré. Par le biais du programme d'externes dentaires, la Division encourageait les jeunes dentistes à s'établir dans les régions rurales et assurait un service d'unités dentaires mobiles à l'intention des habitants des régions insuffisamment desservies. De plus, les municipalités de Burnaby, de Vancouver et de Vancouver West, et celles de la rive Nord, assuraient des services dentaires comprenant le traitement et l'enseignement des mesures d'hygiène pour certains groupes d'âge.

Les premières propositions en faveur d'un programme de soins dentaires à l'échelle de la province visaient particulièrement les enfants. À partir de 1958, la *Division of Dental Health Services* du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a mené des enquêtes sur la santé dentaire des écoliers de toute la province. On a pu ainsi constater que le nombre des maladies dentaires augmentait et qu'un grand nombre d'enfants avaient besoin de traitements. En 1972, le gouvernement du NPD s'est engagé à mettre sur pied un régime d'assurance dentaire pour les enfants et, en 1973, il a formé un comité pour coordonner un projet de recherche sur l'hygiène dentaire des enfants. Ce projet avait pour objectif de présenter des recommandations en vue de l'élaboration d'un régime d'assurance dentaire pour les enfants. Il était également chargé d'explorer différents moyens d'offrir des services dentaires dans le cadre de ce programme. À la fin de 1974, le comité a publié le rapport final du projet. On y recommandait un programme global de soins dentaires à l'intention des enfants avec les objectifs suivants : application des mesures éprouvées de prévention des maladies dentaires, éducation des enfants en matière d'hygiène dentaire et prestation des traitements cliniques incluant les soins d'urgence, de restauration, de chirurgie et de quelques services limités en orthodontie et pédodontie[14]. L'élection de 1975 a amené un changement au gouvernement, et les pressions en faveur d'un programme dentaire à l'intention des enfants sont devenues moins fortes.

Au cours des années suivantes, les débats se sont poursuivis sur les différentes solutions qui s'offraient par le truchement des régimes publics d'urgence dentaire. Des groupes de consommateurs tels que le *Social Planning and Council* de la Colombie-Britannique ont recommandé un régime semblable à la Saskatchewan. Le *College of Dental Surgeons* de la Colombie-Britannique recommanda avec insistance au gouvernement de subventionner une assurance à l'intention des personnes âgées, des "économiquement faibles" et d'autres personnes n'ayant pas accès à l'assurance dentaire privée. Ces débats se sont déroulés tout au long des années soixante-dix, pendant une période où des adhérents aux régimes dentaires collectifs privés augmentait rapidement où la santé dentaire des enfants de la Colombie-Britannique paraissait s'améliorer. C'est en Colombie-Britannique que l'adhésion aux régimes collectifs privés s'est amorcée et a progressé le plus vite. D'après les estimations de diverses sources, dès 1979, entre 50 et 70 p. 100 de la population était couverte par une assurance dentaire privée. L'enquête sur la santé dentaire des enfants de la Colombie-Britannique de 1980 a permis de constater une amélioration spectaculaire chez les enfants de tous les groupes d'âge : de moins en moins d'enfants avaient eu besoin de traitements dentaires et avaient perdu des dents permanentes par suite de maladies dentaires. Par exemple, alors que 35,6 p. 100 seulement des enfants de cinq ans étaient sans besoin de traitements dentaires d'après l'enquête de 1958-1960, la proportion s'élevait à 63,2 p. 100 en 1980. Dans la cohorte des jeunes de 15 ans, 15 p. 100 seulement n'avaient pas eu besoin de traitements de 1958 à 1960, alors qu'en 1980, c'était 57,9 p. 100.

Le rapport du projet de recherche sur la santé dentaire des enfants (Children's Dental Health Research Project Report) avait recommandé un régime d'assurance dentaire à l'intention des enfants et exploré toute une gamme de possibilités. Toutefois, le rapport précisait que le choix final ne pourrait être que le résultat d'une décision politique[14]. Le régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique, annoncé par le Premier ministre en mars 1979, reflétait les préférences du gouvernement du Crédit social en matière de politiques. Le Premier ministre promit que le programme assurerait "une mesure de protection contre les coûts élevés des soins dentaires essentiels" (communiqué de presse du 23 mars 1979). Au début, le ministre de la Santé a présenté le régime comme une extension de l'assurance privée avec des primes subventionnées pour les personnes âgées et les groupes défavorisés, et comportant en même temps des frais modérateurs importants. Il s'agissait d'un régime qui se conformait, pour les dispositions les plus importantes, aux lignes de conduite recommandées par le *College of Dental Surgeons* de la Colombie-Britannique.

La date cible du 1er janvier 1980, fixée à l'origine pour le régime d'assurance dentaire, a été reculée au mois de mars et reportée encore par la suite pour permettre au gouvernement de continuer son examen des diverses options. Le régime d'assurance dentaire, inauguré le 1er janvier 1981, a été établi par décret du conseil en vertu de la Loi sur les soins médicaux en vigueur. Le régime a existé pendant tout juste 20 mois, jusqu'au 1er septembre 1982, date à laquelle il fut suspendu par le gouvernement pour toutes les personnes admissibles, sauf les assistés sociaux qui de toute façon avaient droit aux services d'assistance publique avant la mise en oeuvre du régime.

4.3.1 Admissibilité

Quatre catégories de personnes étaient admissibles au régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique.

1) Les clients du ministère provincial des Ressources humaines (familles et particuliers dont les primes au régime de services médicaux étaient payées par le ministère des Ressources humaines parce qu'ils recevaient une aide au revenu).
2) Les bénéficiaires des primes subventionnées (familles et particuliers dont les primes au régime de services médicaux étaient subventionnées par le gouvernement parce que leur revenu imposable n'atteignait pas un certain seuil (2470 $ en 1981)).
3) Les personnes âgées de 65 ans et plus. (Les personnes âgées déjà bénéficiaires de primes subventionnées pour le régime de services médicaux étaient classées dans la catégorie deux, ou si bénéficiaires de l'aide au revenu, classées dans la catégorie un.)
4) Les enfants de 14 ans et moins. (Les enfants dont les familles recevaient l'aide au revenu étaient classés dans la catégorie un et ceux des familles à faible revenu étaient classés dans la catégorie deux.)

Après le 1er septembre 1982, seules les personnes de la catégorie un, les bénéficiaires de l'aide au revenu, sont demeurées admissibles.

Durant la période d'application du régime, les personnes admissibles étaient automatiquement inscrites si elles faisaient préalablement partie du régime de services médicaux de la Colombie-Britannique. Les clients du ministère des Ressources humaines et les enfants de 14 ans et moins (catégories un et quatre) utilisaient leur carte d'identité du régime de services médicaux pour obtenir les services des dentistes participants, mais des cartes spéciales du régime d'assurance dentaire étaient délivrées aux bénéficiaires des primes subventionnées et aux personnes âgées (catégories deux et trois).

Le gouvernement avait prédit qu'environ 915 000 des 2,7 millions d'habitants de la Colombie-Britannique seraient admissibles au régime au cours de la première année. Au 31 juillet 1982, il y avait 1 113 304 personnes admissibles réparties dans les quatre catégories figurant au tableau 4.6.

Tableau 4.6
Régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique
Population admissible au 31 juillet 1982

Définition du groupe		Nombre de personnes
Catégorie 1.	Clients du ministère des Ressources humaines	152 523
Catégorie 2.	Bénéficiaires de primes subventionnées	263 194
Catégorie 3.	Personnes âgées	163 789
Catégorie 4.	Enfants de 14 ans ou moins	533 798
TOTAL		1 113 304

4.3.2 Services dentaires assurés

Le régime d'assurance dentaire visait à dispenser des soins essentiels plutôt que des soins complets. Tout comme l'assurance dentaire privée qui lui a servi de modèle, le régime avait pour but de subventionner, et non de remplacer, les paiements directs faits par la majorité des participants.

Les soins couverts par le régime d'assurance dentaire incluaient les soins dentaires "de base", plus les dentiers. Voici les soins assurés tels qu'ils sont désignés dans les parties A et B :

Partie A Soins dentaires de base

1. Diagnostic : deux examens de la cavité buccale par année civile, radiographies, consultations, rapports pathologiques et autres rapports diagnostiques au besoin.
2. Prévention : prophylaxie dentaire et détartrage deux fois par année civile, application topique de fluorure deux fois par an pour les patients de moins de 19 ans, et pose de dispositifs de maintien d'espace.
3. Restauration : obturations en amalgame, silicate, plastique ou composite ainsi que couronnes d'acier inoxydable.
4. Endodontie : traitements du canal radiculaire et de la chambre pulpaire.
5. Parodontologie : traitements de gencives et des tissus de soutien des dents (à l'exclusion des greffes de tissus).
6. Prothèses amovibles : réparation ou rebasage des dentiers.

Partie B Prothèses amovibles

1. Dentiers complets du bas et du haut ou dentiers partiels.

L'orthodontie, les obturations en or, les couronnes et les ponts n'étaient pas couverts par le régime. Comme le régime de services médicaux, le régime dentaire remboursait le coût du traitement d'urgence aux personnes admissibles en dehors de la province, jusqu'au montant prévu par le régime pour les services dispensés dans la province.

La mesure dans laquelle les coûts des services autorisés étaient remboursés variait selon les différentes catégories de participants. Un versement annuel maximal de 700 $ était prévu pour toutes les personnes admissibles. En ce qui concerne les bénéficiaires de l'aide au revenu et les personnes économiquement faibles (catégories un et deux), le régime versait 100 p. 100 du coût de ces services jusqu'à un maximum de 700 $. Le régime assurait aux enfants de 14 ans et moins des soins préventifs gratuits en payant 100 p. 100 de l'ensemble des soins préventifs comprenant l'examen de la cavité buccale, la prophylaxie et l'application topique de fluorure; le régime ne payait toutefois que 50 p. 100 du barème d'honoraires pour d'autres soins prodigués aux enfants de la catégorie quatre. Les personnes âgées de la catégorie trois devaient également payer 50 p. 100 de leurs coûts dentaires. Les honoraires maximaux autorisés pour tous les soins couverts étaient établis par un barème négocié entre le *College of Dental Surgeons* et le ministère de la Santé.

Les participants au régime d'assurance dentaire ne payaient aucune prime et n'avaient pas de franchise, bien que cette franchise ait fait l'objet de nombreuses discussions lors de la conception du régime initial. En mars 1982, on a proposé une franchise annuelle de 30 $ pour tous les participants, sauf les clients du ministère des Ressources humaines, c'est-à-dire les bénéficiaires de l'aide au revenu. Cette proposition a été retirée avant la mise en oeuvre du régime; toutefois, les avantages pour les économiquement faibles (catégorie deux : bénéficiaires de primes subventionnées du régime de services médicaux) sont passés de 100 à 75 p. 100 du coût des services, ce qui montre que le gouvernement était à repenser ce régime, bien que celui-ci soit resté à l'intérieur des prévisions de coûts, comme on le verra à la section 4.3.6.

4.3.3 Ressources humaines et cadre des services

Le régime d'assurance de la Colombie-Britannique faisait appel uniquement aux dentistes exerçant en cabinet privé. Les dentistes étaient autorisés à dispenser tous les soins couverts, et les denturologistes, à poser, réparer ou rebaser les dentiers complets (mais non les dentiers partiels). Les dentistes étaient rémunérés d'après un barème négocié par le ministère de la Santé avec le *College of Dental Surgeons*. Les denturologistes étaient rémunérés en vertu d'un accord distinct négocié avec la *Public Denturists' Society* de la Colombie-Britannique. Un mois après l'inauguration du régime, 1325 dentistes avaient accepté de s'affilier, 115 avaient refusé et environ 60 n'avaient pas encore fait connaître leur décision.

Le régime d'assurance dentaire s'étant engagé à faire appel aux dentistes privés, il en est résulté des conflits avec certaines municipalités qui, pendant de nombreuses années, avaient dispensé des traitements dentaires à certains enfants dans des cliniques employant un personnel salarié. Après la mise en oeuvre du régime provincial, ces programmes ont présenté des factures au régime de soins dentaires pour les traitements pratiqués dans les cliniques. Toutefois, les paiements ont été retardés et il a finalement été décidé que le régime ne viserait que la rémunération à l'acte (et non les salaires ou la facturation à la vacation).

4.3.4 Administration

Le régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique a été créé par décret du conseil sous forme de règlement en vertu de la Loi sur les services médicaux et il était administré par la Commission des services médicaux qui gérait également le régime de services médicaux. Le régime était financé par les recettes fiscales générales; les participants ne payaient pas de primes.

La Commission des services médicaux délivrait des cartes d'identité aux personnes admissibles et remboursait les soins dispensés en vertu du régime. Les dentistes et les mécaniciens-dentistes affiliés acceptaient les cartes d'identité du régime d'assurance dentaire ou du régime de services médicaux comme autorisation et ils facturaient le régime directement pour les traitements. Le cas échéant, ils percevaient également la portion des frais demandée aux clients. Les dentistes non affiliés étaient tenus de faire part de leur non-affiliation par écrit aux patients avant de pratiquer un traitement. Dans ce cas, le régime d'assurance dentaire remboursait l'utilisateur pour les soins assurés.

En annonçant la mise en vigueur du régime, le ministre de la Santé a prédit que 60 personnes seraient ajoutées aux effectifs de la Commission des services médicaux pour accomplir le travail supplémentaire; toutefois, l'accroissement maximal du personnel administratif attribuable au régime d'assurance dentaire n'a été que de 35 personnes.

4.3.5 Utilisation

On ne dispose d'aucune information sur le nombre de personnes qui ont reçu des soins en vertu du régime d'assurance dentaire, ni sur le nombre et le type de soins dispensés.

4.3.6 Dépenses

Le ministère de la Santé a prévu des dépenses de l'ordre de 85,3 millions de dollars pour la première année financière. La durée du régime d'assurance dentaire a un peu dépassé une année financière entière de l'organisme administratif, la Commission des services médicaux. Les dépenses pour les soins dentaires pendant cette période (du 1er avril 1981 au 31 mars 1982) ont atteint 82 732 880 $ (Commission des services médicaux, rapport annuel 1981-1982). Il semble donc que le régime n'ait pas dépassé les limites fixées.

Pendant les trois premiers mois d'application du régime, du 1er janvier au 31 mars 1981, les dépenses ont atteint 10 843 578 $, tandis que, pour la période équivalente en 1982, les dépenses s'élevaient à 19 098 671 $. Même s'il s'agit d'une augmentation de 43 p. 100, elle n'était pas suffisante pour susciter des inquiétudes. Il fallait s'attendre, en effet, à ce que les dépenses soient peu élevées durant les premiers mois, parce que peu de gens connaissaient alors le régime et aussi parce qu'il fallait un certain temps pour prendre des rendez-vous, dispenser les soins dentaires, présenter les demandes de remboursement et, en général, pour s'habituer au système. De plus, les dépenses pour le premier trimestre de 1982 représentaient moins du quart du total de 85 millions de dollars prévu pour la première année de fonctionnement, ce qui confirme que les coûts ne dépassaient pas les limites fixées.

On a calculé des valeurs approximatives des dépenses par personne admissible durant la période pour laquelle on disposait de données relatives aux dépenses (tableau 4.7). Il convient de signaler que ces dépenses s'étendent sur une période de huit mois seulement, du 1er août 1981 au 31 mars 1982, et que les estimations de la population sont celles du 31 juillet 1982. Aux fins des estimations, on a supposé que la répartition des personnes admissibles parmi les quatre catégories d'admissibilité était relativement constante durant toute la période d'application du régime. (Certaines données de décembre 1981 confirmaient cette hypothèse.)

Tableau 4.7
Régime d'assurance dentaire de la Colombie-Britannique
Dépenses approximatives par personne admissible,
août 1981–mars 1982

Catégorie d'admissibilité	Nombre de personnes admissibles[a]	Dépenses au titre des soins dentaires[b]	Dépenses par personne admissible
1. Clients du ministère des Ressources humaines	153 523	8 572 689 $	56,20 $
2. Économiquement faibles	263 194	21 283 207	80,90
3. Personnes âgées	163 789	4 162 360	25,40
4. Enfants	533 798	13 358 181	25,00
Total	1 113 304	47 376 437	42,60

a. Au 31 juillet 1982.
b. D'après W.H. Thorpe, Directeur des demandes de remboursement, Régime de services médicaux de la Colombie-Britannique. Communication personnelle du 19 avril 1983.

Lorsque l'on compare les catégories d'admissibilité, il ne faut pas oublier qu'en ce qui concerne les catégories un ou deux, le régime payait 100 p. 100 des soins couverts au cours de cette période, alors que les participants de la catégorie trois n'obtenaient que 50 p. 100 du coût des services, et que ceux de la catégorie quatre obtenaient 100 p. 100 du coût d'un ensemble fixe de soins préventifs, mais 50 p. 100 seulement du coût des autres soins. En tenant compte de ce qui précède, il apparaît que les dépenses par personne admissible dans les catégories un, trois et quatre sont assez comparables, bien que les dépenses pour les enfants semblent assez basses. Le coût nettement plus élevé dans la catégorie deux explique peut-être pourquoi le gouvernement a décidé d'abaisser le pourcentage de remboursement de 100 à 75 p. 100 dans ce cas. Il faut cependant se garder de conclure que l'utilisation des services dentaires par ces participants était excessive ou inutile. Il est vraisemblable que les personnes de cette catégorie étaient celles qui avaient les plus grands besoins au chapitre des soins dentaires. Les personnes admissibles des catégories un, trois et quatre étaient plus susceptibles d'avoir reçu des soins essentiels avant la mise en oeuvre du régime d'assurance dentaire. Par exemple, les clients du ministère des Ressources humaines avaient pu obtenir des soins dentaires dans le cadre du programme d'aide au revenu, et les personnes composant les catégories trois et quatre avaient des ressources financières plus importantes, d'après les critères d'admissibilité. La catégorie trois excluait les personnes âgées ayant les revenus les plus faibles, car celles qui recevaient l'aide au revenu et celles qui avaient de très faibles revenus étaient classées dans les catégories un et deux; par conséquent, les participants de la catégorie trois étaient les personnes âgées relativement avantagées au point de vue financier. Les mêmes critères s'appliquaient aux enfants : ceux dont les familles recevaient l'aide au revenu et ceux des familles économiquement faibles étaient inclus dans les catégories un et deux. Par conséquent, le fait que les personnes à revenu modique, tout en représentant moins de 25 p. 100 de la population admissible, accaparaient 45 p. 100 des dépenses, pourrait signifier que le régime d'assurance dentaire répondait au but visé par le gouvernement, c'est-à-dire la prestation de soins dentaires aux personnes qui en avaient le plus grand besoin et qui ne bénéficiaient pas d'autres régimes.

Le gouvernement provincial a interrompu l'application du régime d'assurance dentaire à partir du 1er septembre 1982. Cette mesure découlait d'une première série de décisions prises pour diminuer les dépenses gouvernementales. Pourquoi a-t-on mis au rancart le régime d'assurance dentaire? La plus simple des explications est peut-être celle de l'ancienneté : ce programme étant le plus récemment créé, il était peut-être le plus facile à interrompre.

De plus, il semble que le gouvernement ne se soit jamais engagé à fond vis-à-vis du régime d'assurance dentaire comme en témoigne la série de retards et de réorientations des politiques qui ont précédé la mise en oeuvre du régime. Le gouvernement a annoncé son intention de mettre sur pied un régime dentaire juste avant l'élection de mai 1979, avant que les objectifs d'un tel régime n'aient été précisés. Sans une idée de la portée du programme, il n'était pas possible de prédire les coûts avec exactitude. Néanmoins, quatre budgets provinciaux ont affecté des sommes en prévision d'un régime d'assurance dentaire non défini avant qu'un régime n'ait été effectivement mis en vigueur; la quatrième affectation budgétaire au début de 1980 s'établissait à 30 millions de dollars. Lorsque l'établissement du régime d'assurance dentaire a été annoncé officiellement le 23 juillet 1980, le coût prévu était de 85,3 millions de dollars pour la première année financière, ce qui donne à croire que les estimations relatives au champ d'application du régime et aux dépenses ont été révisées profondément au cours des trois mois précédant cette annonce.

Même si le régime d'assurance dentaire n'était pas généreux à l'excès en remboursant seulement 50 p. 100 des dépenses de base pour la majorité des personnes admissibles (personnes âgées et enfants de 14 ans et moins, qui représentaient plus de 60 p. 100 du total), il se révélait beaucoup plus souple, du point de vue des conditions d'admissibilité et des politiques de remboursement, qu'on l'avait prévu au départ. En décembre 1979, le ministre de la Santé déclarait que le gouvernement favorisait un régime qui viserait uniquement les personnes n'ayant pas d'assurance dentaire privée pour les soins dentaires essentiels, et que ce régime prévoierait une franchise annuelle substantielle et des frais modérateurs. Finalement, tous les enfants ont été admissibles jusqu'à l'âge de 14 ans, et non pas seulement ceux dont les parents n'avaient pas d'assurance privée. Bien que la franchise annuelle n'ait pas été rendue effective, le gouvernement gardait une préférence pour cette option et songeait à l'introduire en mars 1982.

4.4 Le programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba

Depuis les années cinquante, le Manitoba a dispensé des soins dentaires variés aux enfants. Dès le début des années soixante, ces services comprenaient des programmes d'éducation, de prévention et de traitement, ainsi que le recrutement de dentistes pour les régions insuffisamment desservies. Les services étaient fournis de deux façons. En premier lieu, en collaboration avec les collectivités locales, le service de santé dentaire publique a mis sur pied des unités dentaires mobiles pour dispenser gratuitement des soins dentaires réguliers aux jeunes enfants dans les localités qui n'avaient pas de dentiste. Si le temps le permettait, les enfants plus âgés et d'autres résidents pouvaient également être traités, mais ils devaient payer des frais au ministère des Finances. Ce service était financé

conjointement par le ministère de la Santé et par les municipalités participantes, ou par d'autres organismes locaux tels que des organismes bénévoles ou des districts scolaires. Le programme comprenait les traitements suivants :

1. les soins d'urgence, en vue du soulagement de la douleur et de l'infection, pour tous les enfants;
2. tous les traitements nécessaires aux enfants d'âge préscolaire et à ceux de la première à la troisième année. Les traitements ont été étendus petit à petit à d'autres groupes d'âge au fur et à mesure que les installations et les fonds le permettaient;
3. des visites de contrôle à toutes les localités participantes, tous les six ou huit mois.

En second lieu, le ministère de la Santé et l'Association dentaire du Manitoba ont mis sur pied un programme visant à encourager le recrutement de dentistes pour les régions rurales du Manitoba. À partir de 1963, les avantages suivants ont été offerts aux dentistes :

1. l'emploi à plein temps avec le privilège d'une clientèle privée;
2. l'emploi sur base quotidienne avec infrastructure offerte par le ministère de la Santé;
3. l'exercice en cabinet privé avec rémunération à l'acte, à l'aide d'un matériel dentaire portatif prêté, transporté et installé par le Ministère dans l'emplacement choisi par le dentiste;
4. un bureau dentaire satellite fixe complètement équipé.

Malgré ces avantages, la plupart des dentistes du Manitoba ont continué à pratiquer à Winnipeg et dans les environs, bien que la moitié des enfants du Manitoba vivent dans des régions rurales. Dès 1968, une partie de la frustration suscitée par ce problème s'est fait jour dans le rapport annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui constatait que "les avantages offerts n'ont pas produit des soins dentaires adéquats dans les régions rurales. Il faut rechercher d'autres solutions pour que les populations rurales aient accès aux services dentaires".

Le programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba (Manitoba Children's Dental Program — MCDP) a été mis sur pied pour remédier à cette situation et offre, en effet, aux enfants des traitements dentaires de prévention et de restauration, pratiqués par des dentistes salariés, installés en milieu rural. À cette fin, une loi a été passée en juin 1976 pour créer une commission de professionnels de la santé dentaire et pour définir la formation et la compétence des infirmières dentaires, des hygiénistes dentaires, des assistantes dentaires et des techniciens dentaires. Un programme pilote a été lancé en octobre dans trois régions rurales, et le programme a été inauguré officiellement le 15 novembre 1976.

Le MCDP s'inspire beaucoup du programme de soins dentaires pour les enfants de la province voisine, la Saskatchewan. Des équipes d'infirmières dentaires et d'assistantes dentaires, dont beaucoup ont été formées en Saskatchewan, ont dispensé 80 p. 100 des soins, en réalisant des programmes de traitement basés sur un premier examen effectué par un dentiste surveillant, qui pose le diagnostic. Les enfants présentant des problèmes médicaux spéciaux ou des problèmes de comportement et ceux dont le traitement dépassait la compétence des infirmières dentaires étaient dirigés vers des dentistes exerçant en cabinet privé.

Pendant deux ans après son lancement, le MCDP a suscité la critique et l'opposition croissante de l'Association dentaire du Manitoba. Premier problème, les infirmières dentaires travaillaient sans la surveillance directe d'un dentiste; deuxième problème, mais tout aussi important que le premier, la prestation de soins dentaires de ce genre aux enfants décourageait l'exercice en milieu rural en abaissant le nombre de patients potentiels à un niveau insuffisant pour permettre à un dentiste d'établir une clientèle. En 1978, le gouvernement progressiste-conservateur nouvellement élu a autorisé l'Association dentaire du Manitoba (MDA) à mettre sur pied un service dentaire parallèle, financé par l'État, pour les enfants d'âge scolaire de certaines divisions. Depuis lors, la province est revenue à un gouvernement du NPD, mais les services parallèles ont été maintenus.

4.4.1 Admissibilité

Dès le départ, l'admissibilité au MCDP a été déterminée par l'âge et par le lieu de résidence. Au début, les planificateurs du programme ont prévu d'assurer tous les enfants de trois à douze ans. En 1981, avec le retour au pouvoir du gouvernement NPD, les critères d'admissibilité ont été révisés de telle sorte que les enfants nés en 1969 et dans les années subséquentes demeurent admissibles au programme jusqu'à leur dix-huitième anniversaire. Le programme a commencé à titre d'expérience pilote, et sa clientèle se composait alors de 1400 enfants de six ans appartenant à trois divisions scolaires. Des groupes d'âge et des divisions scolaires ont été ajoutés à cette population par décision du cabinet, à des intervalles irréguliers, de 1976 à 1979. Bien que le programme n'ait pas été étendu géographiquement de 1979 à 1983, le nombre des enfants admissibles s'est accru tous les ans par l'addition de nouvelles cohortes d'enfants âgés de six ans.

Le tableau 4.8 présente des estimations du nombre des enfants du Manitoba ayant l'âge requis et du nombre d'enfants résidant dans les régions desservies par le programme de 1976 à 1983. Comme le révèle ce tableau, la proportion des enfants du Manitoba admissibles a diminué, bien que le nombre des cohortes d'âge admissibles ait augmenté.

On estime qu'en 1982-1983, 41 545 enfants de 29 divisions scolaires (les enfants nés de 1969 à 1976, c'est-à-dire âgés de six à treize ans) avaient droit aux soins dentaires financés par l'État. On estime que 88 074 enfants de ces âges résidaient dans les 18 divisions scolaires non couvertes par le programme. Ces divisions comprenaient les villes de Brandon, Portage-la-Prairie, Thompson et Winnipeg*.

Tableau 4.8
Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba
Nombre d'enfants admissibles

Année	Âges assurés	Nombre d'enfants admissibles[a]		Nombre potentiel d'enfants d'âge admissible	Pourcentage des enfants du Manitoba admissibles
		Régions avec cliniques scolaires	Régions avec composante MDA	Tout le Manitoba[b]	
1976-77	5–6	2 685	—	33 000	—
1977-78	6–7	9 417	7 050	33 000	49,9
1978-79	5–9	14 666	6 807	79 000	27,2
1979-80	6–10	14 534	8 577	79 000	29,3
1980-81	6–11	14 616	14 109	96 000	30,0
1981-82	6–12	17 201	19 681	113 000	32,6
1982-83	6–13	18 000	21 900	129 000	21,3

a. Les estimations proviennent des rapports annuels du ministère de la Santé.
b. Population d'âge admissible pour tout le Manitoba, évaluée d'après les statistiques du *Health and Social Development* du Manitoba pour 1976-1979, et d'après les données du recensement de Statistique Canada pour 1980-1982.

4.4.2 Services dentaires assurés

Le MCDP a créé un Comité des normes qui comprenait deux représentants de l'Association dentaire du Manitoba, ainsi que des dentistes employés par le programme, en vue de mettre au point la politique relative aux soins assurés, d'établir les lignes de conduite concernant les patients adressés à des instances supérieures de services et de donner des conseils sur les normes cliniques applicables. Le MCDP offre toute une gamme de services dentaires essentiels : diagnostic et prévention, (incluant enseignement de l'hygiène buccale, conseils sur la nutrition et sur l'attitude des parents), traitements de restauration et d'endodontie, traitements parodontaux et de chirurgie buccale. Des dentiers partiels peuvent être fournis, sous réserve d'une approbation spéciale. À partir de 1981, le programme a exclu tous les traitements d'orthodontie à l'exception de la pose de dispositifs de maintien d'espace. De 1978 à 1981, d'autres soins d'orthodontie étaient offerts en vertu de la composante du programme faisant appel aux dentistes en clientèle privée (composante MDA : Manitoba Dental Association).

En vertu de cette dernière composante, mise sur pied par l'Association dentaire du Manitoba, l'examen de la bouche, la prophylaxie, l'application topique de fluorure et l'enseignement de l'hygiène buccale, font partie d'un ensemble de services et sont facturés comme tel.

4.4.3 Ressources humaines et cadre des services

Au départ, 80 p. 100 des services du MCDP étaient dispensés par des équipes d'infirmières dentaires et d'assistantes dentaires. En général, les membres de l'équipe résidaient dans l'agglomération la plus importante de la région et ils se rendaient dans les écoles des localités les moins populeuses pour dispenser aux enfants admissibles les soins prescrits par un dentiste clinicien surveillant. Lorsque le nombre des enfants le justifiait, une clinique était aménagée dans l'école. Dans les divisions scolaires les moins populeuses, le personnel se déplaçait avec un matériel portatif. En principe, les écoles devaient recevoir deux visites par année, ce qui assurait des soins dentaires réguliers avec une surveillance appropriée.

Les infirmières dentaires assuraient tous les soins essentiels; toutefois, pour tout ce qui dépassait leur compétence (par ex. les extractions de dents permanentes, les restaurations étendues, les dents antérieures

* Au cours des années, la ville de Winnipeg a élaboré un programme prévoyant le traitement des enfants de familles à faible revenu dans quatre cliniques, ainsi que le dépistage des affections bucco-dentaires chez les écoliers.

fracturées, etc.), et les soins aux enfants présentant des problèmes médicaux ou de comportement, elles faisaient appel à des dentistes en clientèle privée. Le Comité des normes a établi un barème d'honoraires basés sur ceux négociés avec l'Association dentaire du Manitoba pour le programme dentaire du *Department of Corrections and Community Services* (voir la section 6.4 du présent rapport). Tous les dentistes étaient autorisés à pratiquer un traitement d'urgence, même si les patients ne leur étaient pas adressés en vertu du programme, pour les enfants admissibles au MCDP, en dehors des heures régulières et lorsque le personnel du MCDP n'était pas disponible. Les dentistes qui dispensaient des soins d'urgence comme soulager la douleur, juguler une infection, ou réprimer une hémorragie pouvaient se faire rembourser par le MCDP.

En 1976, le personnel initial clinique comprenait sept infirmières dentaires, treize assistantes dentaires et deux dentistes surveillants, groupés en sept équipes d'infirmières et d'assistantes dentaires oeuvrant dans six collectivités. En juillet 1977, le personnel a été notablement augmenté parce que le programme desservait alors 29 divisions au lieu de 9, ainsi que trois écoles spéciales. Le personnel clinique comprenait 69 dispensateurs de soins au total : 22 infirmières dentaires, 39 assistantes dentaires et huit dentistes surveillants. Le personnel salarié affecté aux cliniques de traitement en milieu scolaire n'a jamais été plus nombreux.

Comme on l'a déjà signalé, en 1978, l'Association dentaire du Manitoba a organisé un service dentaire pour les enfants, dispensé par des dentistes en clientèle privée rémunérés à l'acte. Le service était offert dans huit divisions scolaires précédemment desservies par le programme existant et dans deux des trois écoles d'une autre division. Le service a été étendu durant l'année scolaire 1979-1980, et à nouveau en septembre 1980. À une seule exception près, les régions desservies par le service de l'Association dentaire du Manitoba étaient celles qui s'étaient retirées du programme opérant avec le personnel clinique salarié.

À mesure que les régions s'en remettaient au programme de l'Association dentaire du Manitoba, certains des dispensateurs de soins salariés étaient réaffectés à la prestation de soins préventifs à l'échelon local. Le ministère de la Santé a continué à élargir les activités prophylactiques dans les écoles, notamment l'éducation en matière de nutrition, les séances de brossage des dents et la surveillance de séances hebdomadaires de rince-bouche au fluorure de sodium, en classe. Toutes les régions de la province couvertes par le MCDP, y compris les régions desservies par l'Association dentaires du Manitoba, ont participé à ces activités de prévention. En janvier 1983, la *Dental Health Services Division* du ministère de la Santé comptait 93 employés au total, répartis comme suit :

8 dentistes régionaux
32 infirmières dentaires
32 assistantes dentaires
1 hygiéniste dentaire
4 techniciens du matériel
2 administrateurs régionaux
5 commis et secrétaires régionaux
9 employés du bureau central

4.4.4 Administration

En vertu du MCDP, les services du personnel salarié, comme ceux des dentistes en clientèle privée, sont financés par les recettes générales allouées au ministère de la Santé. Le Ministère administre directement les services dentaires dispensés par des salariés et, pour l'autre composante, il verse les fonds à l'Association dentaire du Manitoba. Celle-ci reçoit un montant pour l'administration de cette partie du programme destiné aux enfants, notamment pour le versement d'honoraires aux dentistes en clientèle privée qui dispensent des soins aux enfants admissibles*.

Dans les deux composantes, les enfants sont inscrits grâce à la collaboration du personnel de leur école. Le dépistage s'effectue à l'école fréquentée par l'enfant, par un dentiste clinicien employé par le ministère de la Santé, dans le cas des soins dispensés par le personnel salarié, ou par un dentiste membre de l'Association dentaire du Manitoba, dans le cas de la composante administrée par cet organisme. Les dentistes de l'Association reçoivent une somme de 5 $ par enfant pour ces examens. Les enfants sont enregistrés sous le numéro d'assurance-santé de leur famille (Manitoba Health Services Commission).

Dans les divisions scolaires où un personnel salarié est employé par le MCDP, les enfants sont traités à l'école. Le dentiste qui examine l'enfant établit un programme de traitement par écrit, et le traitement est réalisé par l'équipe

* L'examen de la cavité buccale, la prophylaxie, l'application de fluorure et les instructions relatives à l'hygiène buccale sont facturés comme un seul service au moment des premiers examens et des examens de contrôle. D'avril 1982 à mars 1983, les honoraires pour cet ensemble de services ont été établis à 26,40 $.

dentaire qui visite l'école. L'hygiène buccale est enseignée et les parents sont invités à assister à toutes les séances de traitement ainsi qu'aux séances portant sur l'hygiène buccale.

Dans les régions desservies par l'Association dentaire du Manitoba, les dentistes chargés du dépistage font parvenir aux parents des rapports sur leurs premières constatations. C'est aux parents qu'il appartient alors de prendre un rendez-vous avec un dentiste exerçant en clientèle privée et de prévoir le transport de l'enfant. Par conséquent, le transport du patient est à la charge de l'utilisateur. Lorsque les services sont dispensés à l'école, ce sont les dispensateurs de soins qui se rendent sur place et les frais de déplacement entrent donc dans les frais généraux du programme.

4.4.4.1 Évaluation du programme

En juin 1979, un comité a été créé pour examiner les coûts/bénéfices, l'utilisation et les normes de traitement des deux modalités de service du MCDP. Les résultats de cette évaluation devaient être étudiés avant qu'on apporte des changements majeurs au programme, mais en septembre de la même année, le gouvernement a annoncé une expansion de la composante administrée par l'Association dentaire du Manitoba. Le rapport provisoire du comité d'étude, publié en 1980, estimait que les deux composantes étaient comparables en ce qui concerne les coûts, l'accessibilité et l'utilisation par les enfants admissibles. Il demandait également qu'on procède à une enquête clinique pour comparer la santé dentaire des deux groupes d'enfants traités. Le comité d'étude a présenté son rapport final au ministre de la Santé et aux responsables de l'Association dentaire du Manitoba en juillet 1981. Ni les résultats de l'enquête ni le rapport final du comité d'étude du programme n'avaient encore été rendus publics en juillet 1983.

4.4.5 Utilisation

Comme on peut le voir au tableau 4.9, le taux d'utilisation du programme dentaire du Manitoba pour les enfants n'a pas présenté d'augmentation soutenue. Après avoir augmenté de la première à la deuxième année d'application du programme, comme on pouvait s'y attendre, le taux d'utilisation a diminué en 1978-1979. C'est l'année où la composante de l'Association dentaire du Manitoba a été mise sur pied, si bien qu'une partie de ce déclin peut être attribué aux perturbations causées par le transfert de divisions scolaires d'une composante à l'autre. Si l'on écarte cette année du fait de ce contexte exceptionnel, on peut voir que l'utilisation des services dentaires dispensés par le personnel salarié n'a augmenté que légèrement durant chaque année d'application du programme jusqu'en 1981-1982, lorsque le taux est retombé au niveau de 1977-1978. Le taux d'utilisation dans les régions desservies par l'Association dentaire du Manitoba semble, lui aussi, n'avoir augmenté que légèrement chaque année, pour décliner ensuite en 1981-1982. Certains ont prétendu que l'utilisation globale des services dentaires est sous-évaluée dans les régions desservies par le personnel salarié, car certains enfants sont traités par des dentistes en clientèle privée. On ne connaît aucune étude ayant permis d'établir dans quelle mesure les parents préfèrent faire traiter leurs enfants par un dentiste en clientèle privée plutôt que dans les cliniques scolaires.

Les taux d'utilisation selon l'âge permettent de se faire une idée plus exacte de l'évolution de la situation. On trouvera au tableau 4.10 ces données uniquement pour les services dispensés par le personnel salarié, puisque les données sur l'utilisation par cohorte d'âge n'ont pas été fournies pour les régions desservies par l'Association dentaire du Manitoba. On peut voir l'utilisation annuelle par des enfants du même âge en lisant les chiffres en diagonale. Par exemple, 76,5 p. 100 des enfants nés en 1969, qui ont eu 9 ans en 1978, ont été examinés une ou plusieurs fois; 81,4 p. 100 des enfants nés en 1970 ont été examinés au cours de leur neuvième année; enfin, 86,2 p. 100 des enfants nés en 1971 ont été examinés au cours de leur neuvième année; toutefois, seulement 81,4 p. 100 des enfants nés en 1972 ont été examinés en 1981-1982, dans leur neuvième année. Le taux d'utilisation par toutes les cohortes a augmenté de cinq à neuf pour cent entre 1977-1978 et 1980-1981, mais le taux pour toutes les cohortes a diminué ou s'est stabilisé en 1981-1982. La diminution récente du taux d'utilisation semble donc porter sur toutes les cohortes.

Le tableau 4.11 présente une répartition en pourcentage des services dentaires par catégorie et par année. Les examens, les radiographies et les soins préventifs représentaient une proportion croissante des services dispensés, de sorte qu'en 1981-1982 ces trois services comptaient pour 71 p. 100 des services dans la catégorie des services dentaires dispensés par le personnel salarié et presque 80 p. 100 des services dispensés par les dentistes en clientèle privée. On a fait remarquer que la composante MDA a rendu un plus grand nombre de soins préventifs que le personnel salarié, par exemple 45 p. 100 contre 27 p. 100 en 1981-1982. Comme l'indique la note c. du tableau, les deux composantes du programme n'ont pas adopté la même méthode pour compter ces interventions.

Tableau 4.9
Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba
Utilisation de 1976 à 1982

Année d'application du programme	Cohortes d'âge assurées	Nombre d'enfants admissibles		Nombre d'utilisateurs		Utilisation en pourcentage	
		Cliniques	Ass. dentaire du Manitoba	Cliniques	Ass. dentaire du Manitoba	Cliniques	Ass. dentaire du Manitoba
1976-77	5–6	2 685	—	—	—	76,2	—
1977-78	6–7	9 376	7 050	7 741	N/D[a]	82,5	N/D
1978-79	5–9	14 666	6 807	11 409	4 891	77,8	71,9
1979-80	6–10	14 194	8 577	11 725	6 690	82,6	78,0
1980-81	6–11	14 616	14 109	12 419	11 287	84,9	80,0
1981-82	6–12	17 201	19 681	14 147	15 333	82,2	77,9

a. Le nombre d'enfants traités n'a pas été publié. L'Association dentaire du Manitoba a commencé à dispenser des services dans certaines régions au milieu de l'année, c'est-à-dire en juillet.

Tableau 4.10
Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba
Taux d'utilisation par âge
Certaines cohortes d'âge

Année d'application du programme	Année de naissance			
	1969	1970	1971	1972
1978-79	76,5	77,6	77,8	75,9
1979-80	79,4	81,4	83,7	84,9
1980-81	82,3	84,1	86,2	86,5
1981-82	78,1	81,5	84,8	81,4

Si la proportion des diagnostics et des interventions préventives a augmenté, le nombre des restaurations et des extractions a diminué par rapport au total des soins rendus. Bien qu'il y ait des différences entre les deux modes de prestation de soins dans ces catégories, la part des restaurations a constamment été plus faible et celle des extractions plus forte dans la composante faisant appel aux dentistes en clientèle privée que dans celle utilisant du personnel salarié. En 1981-1982, les restaurations représentaient un peu plus de 24 p. 100 des interventions pour le personnel salarié et 15,2 p. 100 pour l'autre composante.

Si l'on tient compte des interventions par enfant traité (tableau 4.12), il apparaît que le nombre moyen des restaurations par enfant diminue dans les deux composantes. Après une brusque diminution au cours des premières années du programme, le nombre des extractions par enfant s'est maintenu autour de 0,22 pour la composante employant du personnel salarié; toutefois, le nombre des extractions a moins diminué, et celles-ci sont encore un peu plus fréquentes, chez les dentistes en clientèle privée (0,38 par enfant).

4.4.6 Dépenses

Le coût de toutes les activités des services de santé dentaire du Manitoba, y compris la prévention, la recherche, l'administration et les traitements dentaires dispensés par les deux composantes du programme de soins dentaires pour les enfants s'est élevé à environ 3 997 000 $ pour l'année financière 1981-1982. L'Association dentaire du Manitoba a reçu 1 590 928 $ pour les traitements rendus aux enfants par des dentistes en clientèle privée et 82 451 $ pour les services administratifs, ce qui représente environ 109 $ par enfant traité. Les 2 406 072 $ restants ont été consacrés au personnel et aux fournitures nécessaires pour traiter 14 147 enfants, à des séances quotidiennes de brossage des dents en classe pour 7700 enfants, à des leçons d'hygiène pour 33 700 enfants et à un programme hebdomadaire de rince-bouche au fluorure pour 37 200 enfants dans toute la province, ainsi qu'à la mise en oeuvre d'un programme public de prévention des maladies dentaires à l'intention des personnes âgées dans certaines régions.

Tableau 4.11
Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba
Répartition des services dentaires,
de 1976-1977 à 1981-1982

Année[a]	Composante du programme[b]	Pourcentage							
		Examen	Radio-graphie	Pré-vention[c]	Restau-ration	Endo-dontie	Ortho-dontie	Extrac-tion	Autres[d]
1976-77	Cliniques	8,2	20,8	19,7	41,4	4,3	0	4,1	0,5
1977-78	Cliniques	12,9	23,0	23,2	34,4	3,4	0	2,6	0,3
1978-79	Cliniques	15,9	22,4	24,9	30,8	2,9	0	2,6	0,4
	MDA	14,4	9,6	43,3	24,3	1,9	1,0	5,1	0,4
1979-80	Cliniques	23,0	11,7	32,7	24,5	1,4	0,3	2,5	3,9[e]
	MDA	15,8	9,9	47,5	19,8	1,3	0,7	4,4	0,6
1980-81	Cliniques	19,1	22,2	28,6	25,4	1,3	0,4	2,8	0,2
	MDA	15,0	17,8	45,0	16,4	1,0	0,6	3,8	0,4
1981-82	Cliniques	19,2	24,6	27,2	24,2	1,2	0,5	2,6	0,5
	MDA	15,3	18,6	45,8	15,2	0,7	0,5	3,6	0,5

a. Les données concernant les services dentaires dispensés par le personnel salarié pour chaque année du programme sont présentées pour la période financière du 1er juillet au 30 juin. Les données concernant la composante de l'Association dentaire du Manitoba portent sur des périodes financières de 12 mois variables. Pour 1981-1982, l'année financière allait du 1er janvier au 31 décembre.

b. Les traitements dentaires du personnel salarié du MDCP sont comprises ici sous la rubrique "Cliniques". Les soins dispensés par les dentistes en clientèle privée sont désignés "MDA" (Manitoba Dental Association).

c. En ce qui concerne les soins dispensés par les dentistes en clientèle privée, l'examen, la prophylaxie dentaire, l'application topique de fluorure et les leçons d'hygiène buccale font l'objet d'une seule facturation. La méthode de comptabilisation de ces traitements a varié d'une année à l'autre, mais les données présentées ici supposent que ces quatre types de traitements ont été assurés à la première visite et à chaque visite de contrôle.

d. Les autres soins comprennent des traitements peu fréquents de diagnostic, de prévention, de restauration et de chirurgie : modèles d'étude, taille au disque, pansements sédatifs, mise en place de tenons dentinaires, traitements parodontaux et prothétiques.

e. Les "autres soins" déclarés pour cette année-là, mais non dans les années précédentes ou subséquentes comprenaient : la prescription de médicaments, les services pourvus en dehors des heures ordinaires, le traitement de patients adressés par d'autres, les consultations de spécialistes.

4.5 Le programme de santé dentaire du Nouveau-Brunswick

En 1972, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a inauguré un programme de santé dentaire. Ce programme a offert les soins de prévention et l'enseignement de l'hygiène buccale dans toute la province, au cours de ses trois premières années d'existence. Ces activités ont été réalisées dans diverses écoles publiques et comprenaient la mise sur pied de "cliniques d'été pour l'application topique de fluorure". En 1975, le programme a commencé à offrir des services de traitement dentaire pour certains groupes d'enfants. Depuis lors, tant les activités de prévention que les activités de traitement du programme ont été améliorées de plusieurs manières. Par exemple, on a élargi le nombre des enfants admissibles au programme de traitement dentaire. En ce qui concerne la prévention, on a inauguré en 1979 un programme hebdomadaire de rince-bouche au fluorure pour les enfants de la 1re à la 6e année, à l'échelle de la province. On a augmenté en conséquence le personnel dispensant ces services.

Dans le contexte du présent rapport, il faut remarquer deux caractéristiques qui distinguent le programme de santé dentaire du Nouveau-Brunswick des programmes publics de soins dentaires pour les enfants de certaines autres provinces du Canada. En premier, le programme du Nouveau-Brunswick s'adresse seulement à certains groupes d'enfants et n'est pas universel. Deuxièmement, pour la plus grande partie, le personnel dentaire qui dispense les traitements est à l'emploi de la province; on ne fait appel en effet qu'à un petit nombre de dentistes en clientèle privée. Bien que cette dernière caractéristique ne soit pas unique, ce système est moins fréquemment employé pour dispenser des traitements dentaires aux enfants.

Tableau 4.12
Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba
Nombre moyen de services par enfant,
de 1976-1977 à 1981-1982

Année[a]	Composante du programme[b]	Examen	Radio-graphie	Pré-vention[c]	Restau-ration	Endo-dontie	Ortho-dontie	Extrac-tion	Autres[d]
1976-77	Cliniques	0,96	2,41	2,27	4,93	0,50	0	0,47	0,06
1977-78	Cliniques	1,45	2,59	2,62	3,88	0,38	0	0,29	0,04
1978-79	Cliniques	1,34	1,90	2,10	2,62	0,25	0	0,22	0,04
	MDA	1,63	1,08	4,89	2,74	0,21	0,11	0,58	0,05
1979-80	Cliniques	1,96	1,00	2,78	2,09	0,12	0,02	0,21	0,33[e]
	MDA	1,64	1,03	4,92	2,05	0,13	0,07	0,46	0,06
1980-81	Cliniques	1,54	1,80	2,31	2,06	0,11	0,03	0,23	0,02
	MDA	1,51	1,79	4,52	1,64	0,10	0,06	0,38	0,04
1981-82	Cliniques	1,55	1,99	2,20	1,96	0,10	0,05	0,21	0,03
	MDA	1,61	1,96	4,83	1,60	0,07	0,05	0,38	0,05

a. Les données concernant les services dentaires dispensés par le personnel salarié pour chaque année du programme sont présentées pour la période financière du 1er juillet au 30 juin. Les données concernant la composante de l'Association dentaire du Manitoba portent sur des périodes financières de 12 mois variables. Pour 1981-1982, l'année financière allait du 1er janvier au 31 décembre.

b. Les traitements dentaires du personnel salarié du MDCP sont comprises ici sous la rubrique "Cliniques". Les soins dispensés par les dentistes en clientèle privée sont désignés "MDA" (Manitoba Dental Association).

c. En ce qui concerne les soins dispensés par les dentistes en clientèle privée, l'examen, la prophylaxie dentaire, l'application topique de fluorure et les leçons d'hygiène buccale font l'objet d'une seule facturation. La méthode de comptabilisation de ces traitements a varié d'une année à l'autre, mais les données présentées ici supposent que ces quatre types de traitements ont été assurés à la première visite et à chaque visite de contrôle.

d. Les autres soins comprennent des traitements peu fréquents de diagnostic, de prévention, de restauration et de chirurgie : modèles d'étude, taille au disque, pansements sédatifs, mise en place de tenons dentinaires, traitements parodontaux et prothétiques.

e. Les "autres soins" déclarés pour cette année-là, mais non dans les années précédentes ou subséquentes comprenaient : la prescription de médicaments, les services pourvus en dehors des heures ordinaires, le traitement de patients adressés par d'autres, les consultations de spécialistes.

4.5.1 Admissibilité

Tous les écoliers du Nouveau-Brunswick de la 1re à la 6e année reçoivent divers soins de prévention. Les enfants peuvent être admis au programme de traitement de deux façons. Premièrement, dans les districts scolaires locaux qui n'ont pas de dentistes, tous les écoliers de la 1re à la 3e année peuvent recevoir des soins dentaires de base. Deuxièmement, les écoliers de la 1re à la 12e année dont les familles entrent dans la catégorie des défavorisés sont également admissibles au traitement dentaire de base. Le mécanisme utilisé pour identifier ce dernier groupe de patients potentiels est relativement simple. En général, les infirmières d'hygiène publique ou les hygiénistes dentaires déterminent les familles susceptibles d'être admissibles et les dirigent vers la division dentaire du ministère de la Santé, où le revenu hebdomadaire actuel de la famille est déterminé. Si le revenu d'une famille est inférieur à 75 p. 100 du revenu hebdomadaire moyen des familles de taille équivalente, les enfants de cette famille qui fréquentent l'école sont admissibles au traitement dentaire. La situation de la famille peut être révisée deux fois par année. Le revenu hebdomadaire moyen des familles du Nouveau-Brunswick est déterminé par la Division de la planification et de l'évaluation du gouvernement provincial.

Malheureusement, on ne dispose pas de données quant au nombre annuel moyen d'enfants admissibles aux services de traitement par le biais de l'un ou l'autre des mécanismes décrits ci-dessus. En ce qui concerne les soins de prévention, en particulier le programme de rince-bouche au fluorure, ils ont été offerts à 72 459 enfants en 1982-1983, dont 66 784, soit 92,2 p. 100, ont participé.

Le programme de traitement dentaire du Nouveau-Brunswick se distingue en outre par le fait qu'il n'existe pas de critère d'âge pour désigner les personnes admissibles. Au lieu de cela, le programme est limité à des classes spécifiques dans les districts scolaires insuffisamment desservis du point de vue des soins dentaires, et aux enfants de familles dont le revenu se situe en deçà d'un certain seuil, sur justification de leurs ressources.

4.5.2 Services dentaires assurés

Le programme de traitement dentaire du Nouveau-Brunswick offre une vaste gamme de services dentaires en matière de diagnostic, de prévention et de thérapie, notamment les examens, les radiographies, les applications topiques de fluorure, les obturations en amalgame et en composite, les couronnes en acier inoxydable, les traitements de canaux et les extractions au besoin. Les soins orthodontiques ne font pas couramment partie de ce programme.

4.5.3 Ressources humaines et cadre des services

Un groupe d'hygiénistes dentaires employés par la province est chargé de la prévention et de l'enseignement de l'hygiène buccale. Il compte actuellement 13 hygiénistes dentaires à plein temps et deux à mi-temps. Le programme de traitement est réalisé par cinq dentistes employés par le ministère de la Santé. Des dispositions ont également été prises pour engager des dentistes en clientèle privée, à la vacation. Ces derniers sont engagés à la demi-journée dans le but de dispenser des soins dans les régions qui ne seraient pas desservies par le groupe de dentistes salariés. Les dentistes salariés ont comme bases d'activités trois cliniques dentaires régionales, et les dentistes en clientèle privée utilisent deux unités mobiles. Il fut un temps où la province avait en service trois cliniques mobiles, mais, à mesure que des dentistes s'installent dans des régions jusque-là insuffisamment desservies, on a moins besoin de ces cliniques et on a commencé à les éliminer graduellement.

4.5.4 Administration

Le programme de soins dentaires est mis en oeuvre par la Direction du service de santé dentaire qui relève de la Division des services de santé personnels du ministère de la Santé. Le programme est dirigé par un dentiste assisté de quelques commis. Les principales activités administratives comprennent la gestion du personnel, la planification du programme, les communications interorganismes, le relevé des données sur le personnel dentaire de la province, l'examen du revenu en vue de déterminer l'admissibilité ainsi que la commande et la répartition des fournitures et du matériel. Le programme de soins dentaires est financé par le Fonds consolidé de la province. Le programme ne prévoit pas de frais modérateurs.

4.5.5 Utilisation

Il a déjà été fait mention du taux de participation de 92,2 p. 100 en ce qui concerne l'enseignement de l'hygiène buccale et les rince-bouche au fluorure. Pour le traitement, il est impossible de calculer les taux d'utilisation en raison de l'absence de données sur la population moyenne admissible annuellement. Toutefois, on trouvera au tableau 4.13 des données sur les visites et des estimations relatives aux utilisateurs du programme pour les années 1980-1981 à 1982-1983. D'après ce tableau, en 1982-1983, les écoliers de la 1re à la 3e année résidant dans des districts scolaires insuffisamment desservis ont fait au total 4681 visites. Les écoliers de la 1re à la 12e année de familles défavorisées ont fait approximativement 3000 visites. En supposant que l'utilisateur moyen fait 1,8 visite, on estime que 4212 enfants au total ont reçu un traitement dentaire dans le cadre du programme. En 1982-1983, le Nouveau-Brunswick comptait 35 000 écoliers de la 1re à la 3e année et un total de 115 000 écoliers de la 1re à la 12e année.

4.5.6 Dépenses

Il est difficile d'obtenir des informations précises sur les dépenses liées au programme du service de santé dentaire. Toutefois, en supposant que les dépenses du programme sont proches des budgets annuels proposés, on peut estimer les coûts de façon approximative. Ainsi, pour l'année financière 1980-1981, on a estimé le coût total du programme dentaire à 798 172 $, pour 1981-1982, à 803 900 $ et, pour l'année financière 1982-1983, les

dépenses prévues au budget s'élevaient à 926 600 $. On ne connaît pas la part du budget alloué au traitement curatif par rapport à celle qui va à la prévention. Il est donc impossible de calculer les coûts moyens par visite ou le coût moyen par utilisateur pour l'une ou l'autre des deux principales activités du programme. Sans aucun doute, ces données seraient utiles pour évaluer le programme et pour formuler les orientations futures de la politique. Il ne faut pas non plus oublier que les chiffres cités relatifs au budget comprennent les allocations d'installation aux dentistes dans les collectivités insuffisamment desservies (8000 $ en 1982-1983), et les bourses aux étudiants en médecine dentaire du Nouveau-Brunswick (1500 $ en 1982-1983).

Tableau 4.13
Programme de soins dentaires du Nouveau-Brunswick
Utilisation des services de traitement, de 1980 à 1983

Année finale	Type de participants[a]	Nombre de visites	Estimation du nombre d'utilisateurs	Nombre total de services
1980-81	1.	5 206	2 892	15 974
	2.	2 854	1 586	7 507
1981-82	1.	4 932	2 740	13 804
	2.	3 105	1 725	8 032
1982-83	1.	4 681	2 601	14 065
	2.	3 024	1 667	7 833

a. Les participants du type 1 sont les écoliers de la 1re à la 3e année résidant dans des districts scolaires n'ayant pas de dentiste. Les participants du type 2 sont les écoliers de la 1re à la 12e année admissibles parce que leurs parents ont justifié de leur manque de ressources.

4.6 Le programme dentaire pour les enfants de Terre-Neuve

Le programme dentaire pour les enfants de Terre-Neuve, mis sur pied par décret en 1950, a été le premier du genre au Canada. Le *British Commission Government*, qui a gouverné la colonie de Terre-Neuve de 1934 à 1949, avait introduit le financement public des soins médicaux, y compris des versements forfaitaires par personne aux médecins et aux hôpitaux-pavillons employant des médecins salariés.

4.6.1 Admissibilité

Au départ, seuls les enfants âgés de cinq ans étaient couverts, à condition de résider dans une région dans laquelle il y avait un dentiste en clientèle privée participant au régime. Les dentistes participants travaillaient à temps partiel pour le régime gouvernemental à un tarif horaire spécifié, révisé périodiquement. Bien que la plupart des dentistes aient été affiliés, ils étaient généralement établis dans les centres urbains de sorte que le territoire d'application du programme était très limité. Par la suite, en 1965, la méthode de paiement est passée à la rémunération à l'acte et, à peu près à la même époque, les enfants de six et sept ans ont été inclus. Cependant, ce n'est pas avant 1970 que le programme est devenu universel (en principe, sinon en fait, étant donné que la mauvaise répartition des dentistes a persisté), par la suppression de la condition exigeant que la résidence se trouve dans une région desservie par des dentistes affiliés.

En 1971, le programme a été étendu à tous les enfants de la naissance à l'âge de dix ans et, le 1er avril 1978, les enfants de 11 et 12 ans sont devenus admissibles (voir le tableau 4.14). De plus, certains autres groupes d'enfants sont admissibles à certains traitements offerts par le programme, à des degrés variables, jusqu'à l'âge de 17 ans. Il s'agit des enfants de bénéficiaires de l'assistance sociale, des pupilles du gouvernement et d'autres enfants désignés ayant de graves problèmes dentaires et médicaux.

Tableau 4.14
Programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve
Enfants admissibles, de 1970 à 1982

Année[a,b,c]	Groupe d'âge assuré[c]	Nombre d'enfants admissibles[d]
1970	5–7	40 600
1971-72	0–10	142 657
1972-73	0–10	141 630
1973-74	0–10	138 000
1974-75	0–10	136 700
1975-76	0–10	135 300
1976-77	0–10	133 100
1977-78	0–12	157 600
1978-79	0–12	153 600
1979-80	0–12	149 400
1980-81	0–12	146 500
1981-82	0–12	142 700

a. Le programme a débuté en 1950, mais on ne dispose pas de données adéquates pour les années antérieures à 1970. Cette remarque s'applique pour 1970-1971, 1971-1972 et 1972-1973.
b. À partir de 1980-1981, l'année du programme va du 1er avril au 31 mars. Avant cette date, l'année de fonctionnement allait du 1er septembre au 31 août, sauf pour 1970.
c. En fait, on estime que de 3 à 5 % des enfants traités dépassaient l'âge d'admissibilité. Il s'agissait d'enfants de familles bénéficiaires de l'assistance sociale et de quelques autres cas spéciaux. Leur présence a peu d'effet sur les statistiques des tableaux 4.16 à 4.18.
d. Sources : Publications de Statistique Canada nº 91-514, projet A; nº 91-520, Projet 3; nº 94-772; nº 92-772.

4.6.2 Services dentaires assurés

Les services dentaires de base assurés en vertu du régime pour les enfants sont les suivants :

1) examens semestriels,
2) radiographies annuelles,
3) prophylaxies annuelles,
4) applications topiques de fluorure annuelles
5) obturations,
6) extractions,
7) couronnes,
8) ponts,
9) prothèses,
10) pulpotomies,
11) traitements du canal radiculaire des dents antérieures.

Remarque — Avant le 1er avril 1982, les radiograhies, les prophylaxies et les applications topiques de fluorure étaient offertes deux fois l'an.

Les restaurations importantes, les soins d'endodontie et le remplacement des dents antérieures doivent être approuvés par la division dentaire avant traitement. Le système doit être assez souple pour tenir compte des cas particuliers. Habituellement, les traitements orthodontiques importants dépassant les déplacements mineurs de dents visant à corriger les occlusions croisées antérieures ne sont pas assurés; toutefois, sont assurés les traitements orthodontiques complets réalisés sur des bénéficiaires de l'assistance sociale et d'autres groupes spéciaux.

4.6.3 Ressources humaines et cadre des services

Depuis la mise en oeuvre du programme, presque tous les dentistes en clientèle privée de Terre-Neuve se sont affiliés. Les dentistes en clientèle privée et les hygiénistes dentaires travaillant dans des cabinets dentaires dispensent la plupart des soins dentaires aux enfants en vertu du programme. Toutefois, dans certaines régions éloignées de Terre-Neuve, les enfants bénéficient des services de dentistes salariés employés par l'*International Grenfell Association*.

4.6.4 Administration

Depuis le 1er mai 1965, les dentistes affiliés au programme à l'intention des enfants ont été rémunérés à l'acte. Le barème des honoraires est négocié tous les ans. Certaines années, tous les honoraires font l'objet d'une augmentation générale en pourcentage. Toutefois, il arrive plus souvent que les honoraires relatifs à des services particuliers soient rajustés à la hausse selon la fréquence d'utilisation au cours de l'année précédente (ou des années précédentes), ce qui donne une augmentation en pourcentage pondérée. En 1982, les honoraires accordés pour plusieurs services usuels représentaient de 76 à 85 p. 100 de ceux figurant dans le barème de l'Association dentaire de Terre-Neuve de 1982.

Le 1er avril 1978, des frais modérateurs de deux dollars pour chaque élément de service ont été introduits, à la même date où les enfants de 11 et 12 ans ont été inclus dans le régime. Les services diagnostiques (examens, radiographies) et de prévention (prophylaxies, applications de fluorure) n'exigeaient pas le versement de frais modérateurs.

Tous les dentistes, sauf un, facturent directement l'administration du programme pour les services dispensés aux enfants, mais il leur incombe de percevoir les frais modérateurs. On rembourse alors aux dentistes le montant présenté au programme moins les frais modérateurs. On ignore si les dentistes réclament régulièrement ces frais modérateurs à leurs patients. Les dentistes qui ont choisi de s'affilier au programme ne sont pas autorisés à surfacturer les patients.

À part les frais modérateurs, le programme pour les enfants est financé à même les deniers publics. Toutefois, les différents organismes et ministères partagent les coûts dans une certaine mesure en ce qui concerne les bénéficiaires de l'assistance sociale et d'autres groupes spéciaux. Actuellement, le programme dentaire pour les enfants est administré entièrement par la Division du service de santé dentaire. On met actuellement au point un système informatisé pour faciliter les opérations.

4.6.5 Utilisation

On trouvera au tableau 4.15 une estimation du nombre des bénéficiaires ainsi que l'utilisation en pourcentage pour 1970 et pour la période de 1973 à 1982. On ne dispose pas des chiffres relatifs à l'utilisation pour 1971-1972 et 1972-1973, ni du taux d'utilisation des enfants de quatre ans et plus en 1977-1978. Il faudrait également rajuster légèrement à la baisse le nombre des enfants traités; en effet, certains de ces enfants entrant dans la catégorie des cas spéciaux dépassaient l'âge admissible prévu par le programme. En revanche, certains enfants sont traités par des dentistes salariés de l'*International Grenfell Association* et ne sont pas inclus dans les statistiques du programme, non plus que les enfants traités au *St. John's Children's Hospital*. Ces dernières exclusions donnent un caractère modéré aux chiffres d'utilisation, car elles compensent dans une certaine mesure l'inclusion des enfants ayant dépassé l'âge d'admissibilité*.

Si l'on tient compte de ces limites inhérentes aux données, on peut voir d'après le tableau 4.15 que le nombre absolu des enfants traités (utilisateurs) ainsi que le pourcentage des enfants admissibles bénéficiant du programme se sont élevés régulièrement au cours de chaque année du programme. Par exemple, le taux d'utilisation est passé d'environ 26 p. 100 en 1973-1974 à environ 51 p. 100 en 1981-1982. Les augmentations observées entre 1973-1974 et 1976-1977, et à nouveau entre 1977-1978 et 1981-1982, sont particulièrement importantes car elles sont basées sur des groupes d'âge homogènes. Comme on pouvait s'y attendre, le taux d'utilisation parmi les enfants de quatre ans et plus est plus élevé et a atteint 70 p. 100 en 1981-1982.

Le tableau 4.16 présente les données relatives à l'utilisation des services par enfant traité pour les mêmes périodes. En moyenne, chaque enfant a subi un peu plus d'un examen par an. Le nombre de radiographies s'est élevé chaque année pour atteindre près de 0,5 par enfant en 1981-1982. Toutefois, étant donné qu'habituellement, on prend deux clichés ou plus à la fois, il semble que l'utilisation annuelle des radiographies soit limitée à pas plus de 25 p. 100 des enfants participants. Le nombre de prophylaxies et d'applications topiques de fluorure a augmenté chaque année et approche maintenant d'une par enfant traité. On peut également voir au tableau 4.16 que le nombre moyen de restaurations par enfant a diminué légèrement avec le temps, en grande partie à cause d'une réduction du nombre de restaurations des dents primaires plutôt que des permanentes. Le nombre moyen d'extractions par an a également diminué durant la période visée par le tableau, mais s'est stabilisé à un peu plus de 0,5 extraction par enfant au cours des trois dernières années.

---

* Les mêmes problèmes se posent en ce qui concerne les données relatives à l'utilisation des services et au coût.

Tableau 4.15
Programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve
Utilisation, de 1970 à 1982

Année[a,b]	Groupe d'âge assuré[c]	Nombre d'enfants admissibles	Nombre d'utilisateurs	Utilisation en pourcentage	Utilisation en pourcentage des enfants de 4 ans et plus
1970	5–7	40 600	10 847	26,7	—
1973-74	0–10	138 000	35 882	26,0	39,6
1974-75	0–10	136 700	36 985	26,8	40,9
1975-76	0–10	135 300	38 779	28,7	42,7
1976-77	0–10	133 100	45 808	34,4	51,3
1977-78	0–12	157 600	58 847	37,3	?
1978-79	0–12	153 600	69 757	42,2	60,0
1979-80	0–12	149 400	65 634	43,9	61,6
1980-81	0–12	146 500	67 962	46,4	64,7
1981-82	0–12	142 700	72 697	50,9	70,2

a. Le programme a débuté en 1950, mais on ne dispose pas de données adéquates pour les années antérieures à 1970. La même remarque s'applique pour 1970-1971, 1971-1972 et 1972-1973.
b. À partir de 1980-1981, l'année du programme va du 1er avril au 31 mars. Avant cette date, l'année de fonctionnement allait du 1er septembre au 31 août, sauf pour 1970.
c. En fait, on estime que de 3 à 5 % des enfants traités dépassaient l'âge d'admissibilité. Il s'agissait d'enfants de familles bénéficiaires de l'assistance sociale et de quelques autres cas spéciaux. Leur présence a peu d'effet sur les statistiques du tableau 4.16.

Tableau 4.16
Programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve
Nombre moyen d'interventions par enfant traité, de 1970 à 1982

Année[a,b]	Groupe d'âge[c]	Examen	Radio-graphie	Pré-vention	Restau-ration	Extrac-tion	Autres[d]
1970	5–7	0,60	0,14	0,32	1,91	1,53	?
1973-74	4–10	?	0,12	0,87	1,27	0,81	0,01
1974-75	4–10	?	0,17	1,09	1,47	0,88	0,02
1975-76	4–10	?	0,17	1,25	1,61	0,73	0,02
1976-77	4–10	1,10	0,17	1,34	1,44	0,81	0,02
1977-78	4–12	1,10	0,29	1,40	1,53	0,67	0,02
1978-79	4–12	1,10	0,39	1,61	1,42	0,62	0,02
1979-80	4–12	1,20	0,38	1,77	1,37	0,58	0,02
1980-81	4–12	1,18	0,39	1,76	1,31	0,55	0,02
1981-82	4–12	1,17	0,47	1,83	1,27	0,56	0,02

a. Le programme a débuté en 1950, mais on ne dispose pas de données adéquates pour les années antérieures à 1970. La même remarque s'applique pour 1970-1971, 1971-1972 et 1972-1973.
b. À partir de 1980-1981, l'année du programme va du 1er avril au 31 mars. Avant cette date, l'année de fonctionnement allait du 1er septembre au 31 août, sauf pour 1970.
c. En fait, on estime que de 3 à 5 % des enfants traités dépassaient l'âge d'admissibilité. Il s'agissait d'enfants de familles bénéficiaires de l'assistance sociale et de quelques autres cas spéciaux. Leur présence a peu d'effet sur les statistiques du tableau 4.17.
d. Les autres services comprennent les soins d'endodontie, les couronnes, les prothèses, les plaques occlusales, etc.

À compter du 1er avril 1982, la fréquence autorisée des radiographies, des prophylaxies et des applications topiques de fluorure est passée de deux à une par année. Les données présentées relatives aux traitements ne reflètent pas ce changement. Étant donné que des enfants ont reçu moins d'un traitement pour chacun de ces services chaque année avant ce changement, l'utilisation moyenne de ces services à l'avenir pourrait ne pas changer de façon appréciable, à moins que les premières données n'aient porté sur un grand nombre d'enfants qui, en fait,

avaient reçu deux prophylaxies et deux applications topiques de fluorure par année alors que d'autres n'en recevaient aucune. Les données de 1982-1983 relatives aux services seront particulièrement intéressantes à cet égard.

Les données globales du tableau 4.16 ne permettent pas d'évaluer les influences exercées sur l'utilisation des soins soumis aux frais modérateurs de 2 $ imposés en 1978. L'interprétation de la diminution du nombre des obturations et, dans une moindre mesure, du nombre des extractions par enfant après cette date (comme résultant de la diminution de la demande à cause des frais modérateurs) se complique par l'addition de deux nouveaux groupes d'âge à cette même date et par les difficultés que pose le recoupement des années financières.

4.6.6 Dépenses

On trouvera au tableau 4.17 les dépenses totales pour les services des dentistes au cours des dix-neuf années du programme, ainsi que les estimations des dépenses moyennes par utilisateur pour la période de 1973 à 1982*. Les coûts administratifs du programme pour les enfants ne sont pas déterminés séparément dans le budget de la Division du service de santé dentaire qui comprend, entre autres, les bourses pour les étudiants en médecine dentaire, le coût du recrutement des dentistes et les coûts des programmes généraux de prévention ou d'hygiène publique.

Les chiffres relatifs aux coûts présentés au tableau 4.17 font ressortir la croissance du programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve. On peut, à partir de la gamme des âges admissibles comme guide, élaborer sur les données relatives aux coûts de 1973-1974 jusqu'à maintenant, en trois étapes. Au cours de la première étape, de 1973-1974 à 1976-1977, les enfants de quatre à dix ans étaient admissibles. Les dépenses totales pour cette période triennale ont augmenté de 119 p. 100 alors que le nombre d'enfants traités et le coût par enfant ont augmenté de 27 et 72 p. 100 respectivement. Dans la seconde moitié de l'année financière 1977-1978, les enfants de 11 et 12 ans sont devenus admissibles. Cette année représente un point de transition. Une année après, en 1978-1979, les dépenses ont augmenté d'un peu plus d'un million de dollars; cette année représentait le début d'une autre étape triennale au cours de laquelle les enfants de quatre à 12 ans étaient admissibles. Ce chiffre représentait apparemment l'impact venant de l'utilisation du programme par les enfants devenus admissibles au cours de l'année de transition 1977-1978. Entre 1978-1979 et 1981-1982, les dépenses totales ont augmenté de 58 p. 100 alors que le nombre d'enfants traités et le coût par enfant se sont accrus de 12 et 41 p. 100 respectivement.

Au cours de la période de huit ans allant de 1973-1974 à 1981-1982, on estime que les dépenses totales et les dépenses par enfant ont augmenté de 473 et 191 p. 100 respectivement. Il est à remarquer que près de deux fois plus d'enfants (97 p. 100 de plus) ont été traités au cours des dernières années qu'au cours de la première. En dollars constants (1974), les dépenses de Terre-Neuve ont augmenté modérément. En fait, par utilisateur, les dépenses relatives aux soins se sont maintenues au même niveau à partir de 1975-1976, contrairement à ce qui s'est passé dans d'autres provinces.

4.7 Le régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse

Le 1er juillet 1974, le gouvernement provincial a introduit un régime de soins dentaires universel pour les enfants de la Nouvelle-Écosse. Cette province s'est donc jointe à la Saskatchewan et au Québec pour introduire l'assurance dentaire universelle pour les enfants, cette année-là. La Nouvelle-Écosse a adopté la formule du régime public à tiers payant, semblable à ceux de Terre-Neuve et de Québec, plutôt qu'un programme de services directs tel qu'en vigueur à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan.

Avant l'introduction du régime de soins dentaires en Nouvelle-Écosse, la province maintenait un service de santé dentaire publique. Ce programme, qui visait surtout à dispenser des services dentaires aux enfants des régions rurales insuffisamment desservies, continue à fonctionner. Il comporte des soins de prévention et certains traitements dispensés par des hygiénistes dentaires et des dentistes salariés. De plus, la Division dentaire du ministère de la Santé continue à offrir un programme de bourses en vue d'attirer les dentistes vers les régions insuffisamment desservies. Elle offre également des subventions aux localités qui désirent fluorer leur eau. En 1981, la Nouvelle-Écosse comptait 847 000 habitants. Environ 70 p. 100 des personnes alimentées en eau par les réseaux d'aqueducs, soit 40 p. 100 de la population totale de la province, consommaient de l'eau fluorée.

* Ces coûts comprennent les honoraires versés pour les bénéficiaires de l'assistance sociale et les cas spéciaux ayant dépassé l'âge maximum donnant accès au programme à l'intention des enfants. Toutefois, on estime que 95 à 97 p. 100 du nombre total d'utilisateurs avaient l'âge requis.

Tableau 4.17
Programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve
Dépenses en dollars courants et constants (1974), de 1973 à 1981

Année[a]	Total des dépenses		Dépenses par utilisateur	
	Dollars courants	Dollars constants	Dollars courants	Dollars constants
1973-74	1 000 000 $	— $	26,38 $	— $
1974-75	1 100 000	1 100 000[b]	28,22	28,22
1975-76	1 800 000	1 604 530	44,10	39,31
1976-77	2 190 000	1 830 243	45,42	37,96
1977-78	2 600 000	2 026 092	42,86	33,40
1978-79[c,d]	3 632 000	2 635 367	54,41	39,48
1979-80	3 850 000	2 516 512	56,90	37,19
1980-81	4 600 000	2 672 514	65,65	38,14
1981-82	5 732 771	2 939 995	76,65	39,31

a. On a estimé les dépenses pour 1957-1958 à 35 000 $, ce chiffre s'élevant à 136 000 $ en 1966-1967. On ne dispose pas de données relatives aux dépenses pour la période de 1967 à 1973.
b. Dépenses dégonflées selon l'indice des prix à la consommation de St. John's, septembre 1974 = 100.
c. Les enfants de 11 et 12 ans sont devenus admissibles.
d. Des frais modérateurs de 2 $ par élément de service ont été institués pour tous les services, sauf les services diagnostiques et les soins préventifs.

4.7.1 Admissibilité

Lorsque le programme de soins dentaires pour les enfants est entré en vigueur en 1974, tous les enfants nés le 1er janvier 1967 ou après sont devenus admissibles aux services dentaires publics. Le champ d'application du programme devait s'élargir d'année en année sans qu'une limite supérieure d'âge soit annoncée à ce moment. Comme en fait foi le tableau 4.18, au cours de la première année complète d'application, les enfants de huit ans et moins étaient assurés, ce qui faisait un total de 108 910 enfants admissibles aux traitements dentaires. Depuis lors, le nombre des enfants admissibles a atteint 194 900 pour l'année financière 1981-1982. En 1982, le gouvernement a annoncé que les enfants cesseraient d'être admissibles le dernier jour du mois où tombe leur seizième anniversaire.

Tableau 4.18
Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse —
Enfants admissibles,
de 1974 à 1982

Année[a]	Groupe d'âge assuré[b]	Nombre d'enfants admissibles[c]
1974-75	0–8	108 910
1975-76	0–9	122 195
1976-77	0–10	135 800
1977-78	0–11	148 380
1978-79	0–12	157 900
1979-80	0–13	170 700
1980-81	0–14	183 000
1981-82	0–15	194 900

a. La période visée est en fait l'année de fonctionnement du programme. Au début, cette année allait du 1er juillet au 20 juin de l'année suivante. Plus récemment, l'année va du 1er avril au 31 mars de l'année suivante.
b. Les enfants admissibles sont ceux nés le 1er janvier 1967 ou après.
c. Estimation au 31 décembre de chaque année civile.

4.7.2 Services dentaires assurés

Le régime dentaire offrait au début une gamme complète de services dentaires essentiels aux enfants admissibles. Les soins diagnostiques assurés comprenaient des examens dentaires de routine, des radiographies de toute la cavité buccale, le dépistage des caries, des modèles d'étude et toute une variété d'autres services diagnostiques, tous réalisés deux fois l'an. Les soins de prévention comprenaient la prophylaxie dentaire et l'application topique de fluorure, l'enseignement de l'hygiène buccale et des consultations en matière de diététique, également deux fois l'an. Les agents de scellement des fissures n'étaient pas assurés. Parmi les services de restauration, la plupart des types d'obturation nécessaires étaient assurés par le régime. Les couronnes en acier inoxydable pour les dents temporaires et les couronnes en métal précieux pour les dents permanentes étaient également incluses. La plupart des formes de traitement endodontique étaient assurées, tant pour les dents temporaires que pour les dents permanentes. Les actes chirurgicaux ordinaires : les extractions, de dents et de racines, l'incision et le drainage des infections, ainsi que d'autres types de chirurgie buccale étaient assurés. Élément inhabituel dans les programmes de ce type, le régime de la Nouvelle-Écosse comprenait un éventail de traitements orthodontiques préventifs. Étaient inclus les dispositifs de maintien et d'augmentation d'espace, les dispositifs servant à la correction de l'occlusion croisée et les dispositifs destinés à décourager les mauvaises habitudes telles que le sucement du pouce ou la poussée de la langue. Toutefois, les interventions majeures d'orthodontie n'étaient pas couvertes.

En 1976, la structure du régime pour les enfants a été modifiée en ce qui concerne certaines interventions. Par exemple, la fréquence des examens dentaires complets, de semestrielle qu'elle était, est devenue annuelle. La prophylaxie courante a été limitée à une intervention par année. L'application topique de fluorure n'était assurée que si elle était effectuée de concert avec une prophylaxie, c'est-à-dire également une fois par année seulement. L'enseignement de l'hygiène buccale n'était plus inclus dans les services assurés; un montant annuel maximal a été imposé pour les radiographies. Enfin, le coiffage de la pulpe a cessé d'être un traitement séparé et il était désormais inclus dans les honoraires visant la restauration de la dent. En novembre 1982, une autre restriction a été imposée sur la prestation des soins orthodontiques de prévention. Essentiellement, les soins orthodontiques de prévention autre que les dispositifs de maintien d'espace n'étaient désormais plus assurés. Dans l'ensemble, le régime dentaire pour les enfants de la Nouvelle-Écosse a poursuivi la pratique consistant à payer le coût entier des procédés de laboratoire mis en oeuvre pour la fabrication des prothèses dentaires.

4.7.3 Ressources humaines et cadre des services

Le régime dentaire pour les enfants est un régime à tiers payant faisant appel à des dentistes en clientèle privée rémunérés à l'acte. Les dispensateurs de soins sont donc les dentistes de la Nouvelle-Écosse. Tous les dentistes de cette province peuvent réclamer les honoraires pour leurs services au *Medical Services Insurance* (MSI) de la province, régime d'assurance-maladie sans but lucratif. Au cours de l'année financière 1981-1982, 300 dentistes ont dispensé des services assurés aux enfants de la Nouvelle-Écosse.

4.7.4 Administration

Le régime dentaire pour les enfants est administré par *Maritime Medical Care Inc.*, qui a été créé en 1948 à titre de régime d'assurance-maladie privé, sans but lucratif. En 1967, au moment où on envisageait d'assurer les services médicaux, le gouvernement provincial a négocié un contrat avec *Maritime Medical Care Inc.* (MMCI) afin de mettre en oeuvre le programme d'assurance-maladie sous le nom de *Nova Scotia Medical Services Insurance*. Lorsque l'assurance dentaire a été introduite en 1974, cet organisme a été chargé d'administrer le régime. C'est le gouvernement provincial qui finance le régime dentaire à même les fonds généraux. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. Ils pouvaient demander avant le 1er juillet 1984 une rémunération supérieure au barème à condition d'en aviser le patient à l'avance, par écrit, et à condition que le patient soit d'accord. De plus, le MSI devait être avisé de la surfacturation lorsque la demande de paiement était présentée. Depuis la promulgation de la Loi canadienne sur la santé du 1er avril 1984 qui autorise le gouvernement fédéral à réduire ses octrois aux provinces qui permettent la surfacturation, du montant correspondant à la surfacturation, la Loi de l'assurance-santé et des services de santé de la Nouvelle-Écosse a été amendée et a interdit la pratique de la surfacturation.

Les honoraires pour les traitements dentaires ont été établis par la *Health Services and Insurance Commission* (HSIC) et l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse*. Jusqu'ici on a négocié tous les ans une augmentation des honoraires. Comme c'est le cas de la plupart des régimes d'assurance dentaire et d'assurance-maladie existants financés par l'État, il existe un certain élément d'arbitraire dans les négociations entre les administrateurs des

* Les honoraires des spécialistes ont été fixés à un taux plus élevé que ceux des dentistes généralistes, pour un même traitement.

programmes et les associations dentaires. Ainsi, les changements apportés aux prestations en 1976 (voir ci-dessus) provenaient d'une décision unilatérale de la HSIC visant à réduire les dépenses. Il n'y avait pas 18 mois que le programme était lancé que la HSIC et le gouvernement ont décidé de réduire les dépenses en cessant d'assurer le groupe le plus âgé, dès le début de l'année financière 1976-1977. Toutefois, l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse n'approuvait pas cette décision. En conséquence, la commission du tarif de la HSIC et *Maritime Medical Care* ont conféré avec la commission du tarif de l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse pour déterminer les réductions de traitements qui permettraient de réduire les dépenses dans la mesure souhaitée sans changer les critères d'admissibilité. Néanmoins, il est difficile de croire que l'élimination de la plupart des traitements orthodontiques préventifs a été recommandée ou même appuyée par l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse.

Le fonctionnement du régime dentaire pour les enfants est contrôlé de deux façons. Premièrement, un comité d'évaluation des demandes de remboursement, composé de quatre dentistes autorisés désignés par l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse ainsi que de représentants de *Maritime Medical Care Inc.*, examine toutes les demandes de remboursement contestables présentées. Deuxièmement, un comité d'évaluation des services dentaires surveille le fonctionnement général du régime d'assurance dentaire et donne des conseils à la HSIC sur les questions qui peuvent avoir une influence sur la qualité et la nature des services dentaires assurés offerts par le MSI. Ce comité se compose de six dentistes nommés par l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse et il reflète les intérêts tant des spécialistes que des généralistes, ainsi que ceux des différentes régions de la province. La mission du comité d'évaluation des services dentaires consiste entre autres à réviser les traitements rendus par chaque dentiste afin d'identifier ceux dont le profil de soins est anormal, et à faire des recommandations à ce sujet. Le comité peut également demander des études d'évaluation spéciales à la Division de recherche et de statistique de *Maritime Medical Care Inc.* Une étude de ce genre, portant sur les quatre premières années d'application du régime dentaire, a déjà été présentée[15].

4.7.5 Utilisation

Les taux d'utilisation normaux du régime dentaire pour les enfants figurent au tableau 4.19. On peut voir que le taux d'utilisation est passé de 27 p. 100 en 1974 à 52 p. 100 en 1981-1982. Naturellement, cette progression du taux d'utilisation allant presque du simple au double reflète en partie le vieillissement progressif des enfants assurés en ce qui concerne les services dentaires publics. Néanmoins, le taux d'utilisation global est artificiellement bas parce que les très jeunes enfants qui utilisent peu le régime dentaire sont inclus dans le dénominateur. Pour résoudre ce problème, le MSI a calculé les taux d'utilisation pour les enfants de trois ans et plus. Ces chiffres apparaissent dans la dernière colonne du tableau 4.19. Comme on pouvait s'y attendre, ces taux d'utilisation sont considérablement plus élevés. Ils dénotent également une augmentation de l'utilisation de 1974 à 1981. Toutefois, il faut reconnaître que l'âge moyen du groupe admissible augmentait chaque année; ce fait a sans aucun doute influé dans une certaine mesure sur l'élévation des taux d'utilisation.

Tableau 4.19
Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse
Utilisation, de 1974 à 1982

Année[a]	Groupe d'âge assuré[b]	Nombre d'enfants admissibles[c]	Nombre d'utilisateurs	Utilisation en pourcentage	Utilisation en pourcentage — 3 ans et plus
1974-75	0–8	108 910	29 414	27,0	39,8
1975-76	0–9	122 195	40 083	38,8	45,6
1976-77	0–10	135 800	48 924	36,0	48,3
1977-78	0–11	148 380	59 646	40,2	52,2
1978-79	0–12	157 900	68 600	43,5	55,7
1979-80	0–13	170 700	78 549	46,1	57,5
1980-81	0–14	183 000	88 400	48,3	59,1
1981-82	0–15	194 900	101 408	52,0	62,7

a. Les données pour les années 1974-1975 à 1977-1978 visent la période du 1er juillet au 20 juin. Pour les années 1978-1979 à 1981-1982, la période visée va du 1er avril au 31 mars.
b. Les enfants admissibles sont ceux nés le 1er janvier 1967 ou après.
c. Estimation au 31 décembre de chaque année civile. La période visée va du 1er avril au 31 mars.

Un fait important est à souligner, c'est l'augmentation annuelle des taux d'utilisation pour les mêmes groupes d'âge. On trouvera la confirmation de ce fait au tableau 4.20; on a suivi les taux d'utilisation pour les cinq cohortes d'enfants à partir de 1976-1977. Si l'on compare les taux d'utilisation parmi les cohortes d'enfants du même âge (en lisant les chiffres du tableau 4.20 en diagonale), on voit que l'utilisation des services dentaires a augmenté également de ce point de vue. Par exemple, sur la cohorte d'enfants âgés de 13 ans en 1981-1982, 57,6 p. 100 ont utilisé les services du régime en 1977-1978 lorsqu'ils avaient 9 ans, par comparaison avec 68,7 p. 100 d'utilisation par les enfants de 9 ans en 1981-1982. Par conséquent, l'utilisation s'accroît avec le temps, pour des groupes d'âge identiques parce que plus de gens connaissent le régime et savent comment s'en prévaloir.

Tableau 4.20
Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse
Taux d'utilisation (en pourcentage) par année du programme pour trois cohortes d'enfants[a]

Année du programme	Âge des enfants de 1981-1982				
	13 ans	12 ans	11 ans	10 ans	9 ans
1976-77	53,4	56,6	58,8	53,2	42,8
1977-78	57,6	56,0	56,7	55,5	51,8
1978-79	59,7	60,3	62,4	61,0	59,4
1979-80	61,6	60,0	62,8	63,6	64,1
1980-81	60,8	62,1	63,3	65,3	66,6
1981-82	62,3	65,0	65,9	67,4	68,7

a. Données tirées des rapports annuels du MSI de la Nouvelle-Écosse de 1976-1977 à 1981-1982.

Par ailleurs, les données sur le régime de la Nouvelle-Écosse révèlent un fait déconcertant : il semble y avoir un "noyau" irréductible de non-utilisateurs du régime. On le constate en déterminant la proportion d'enfants admissibles qui n'ont utilisé aucun des services offerts par le régime au cours des quatre premières années de son application. On trouve les données au tableau 4.21. On peut voir qu'un pourcentage surprenant d'enfants, soit entre 26 et 29 p. 100, n'ont utilisé le régime d'aucune manière pendant quatre ans. On pourrait expliquer ce fait par la difficulté à trouver un dentiste à proximité, par la méconnaissance de l'importance de la santé dentaire ou, peut-être, par la peur du dentiste. De toute façon, il est important d'en savoir plus sur ce phénomène et de déterminer s'il se manifeste sur une période plus longue. Il pourrait également être utile d'entreprendre une étude de la santé dentaire en comparant les utilisateurs réguliers du régime avec les non-utilisateurs.

Tableau 4.21
Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse
Pourcentage des non-utilisateurs parmi les trois cohortes les plus âgées au cours des quatre premières années du programme, de 1974 à 1982[a]

Année de naissance	Nombre d'enfants admissibles	Nombre de non-utilisateurs	Pourcentage de non-utilisateurs
1967	16 295	4 709	28,9
1968	15 360	3 959	25,8
1969	15 615	4 193	26,9

a. Données tirées de "Children's Dental Plan Four Year Statistical Review", *Maritime Medical Care Inc. Research and Statistics*, décembre 1979, p. 8.

4.7.6 Dépenses

On trouvera au tableau 4.22 les dépenses relatives au régime dentaire pour les enfants de la Nouvelle-Écosse. On peut voir que les dépenses du régime sont passées de 1,5 million de dollars en 1974-1975 à plus de 8,3 millions au cours de l'année financière 1981-1982. Il est normal que les dépenses augmentent avec le nombre des assurés, c'est ce qu'indique le tableau dans les colonnes des dépenses par enfant admissible et par utilisateur. Au cours des deux premières années, alors que le taux d'utilisation était relativement faible, les coûts par utilisateur étaient le triple des coûts par enfant admissible. Cette situation a évolué de telle façon que, dès 1981-1982, le rapport entre les dépenses par utilisateur et les dépenses par enfant admissible n'était plus que de deux. Avec des dépenses par utilisateur de 82,17 $, le coût du traitement par patient n'est pas plus élevé que celui de la plupart des autres régimes de soins dentaires pour les enfants au Canada. Les chiffres ci-dessus ne tiennent pas compte des dépenses administratives qui ont été estimées à environ trois pour cent pour 1981-1982.

Tableau 4.22
Dépenses du régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse, de 1974 à 1982

Année	Groupe d'âge assuré	Dépenses par		Total des dépenses
		enfant admissible	utilisateur	
1974	0–8	14,23 $	53,24 $	1 566 039 $
1975	0–9	17,50	54,10	2 168 384
1976	0–10	17,54	49,46	2 419 573
1977	0–11	21,81	55,15	3 289 508
1978	0–12	25,45	54,59	4 019 320
1979	0–13	30,05	65,24	5 128 747
1980	0–14	35,30	78,09	6 460 880
1981	0–15	42,75	82,17	8 332 823

On peut subdiviser les dépenses globales d'après les catégories de service, comme au tableau 4.23, où l'on trouve la répartition des services, des dépenses et des services par utilisateur en ce qui concerne les enfants de trois ans et plus. En examinant simplement la colonne des dépenses, on peut constater qu'environ 34 p. 100 des dépenses totales ont été affectées au diagnostic et à la prévention et que 14 p. 100 sont allées aux soins orthodontiques préventifs. Comme cela est courant dans d'autres programmes, environ 40 p. 100 des dépenses allouées ont été consacrées aux services de restauration. Les soins d'endodontie et de chirurgie buccale absorbent le reste des dépenses. Ces chiffres peuvent être comparés aux répartitions des services et du nombre moyen de services par utilisateur qui figurent au même tableau.

L'effet de l'inflation est un élément qui n'a pas été examiné avec les données précédentes relatives aux dépenses. Le tableau 4.24 tente de remédier à cette lacune. Pour chaque année financière, le tableau donne les dépenses en dollars courants et constants entraînées par le programme dentaire. Pour obtenir les dépenses en dollars constants, on a dégonflé les chiffres d'après l'indice des prix à la consommation à Halifax en septembre, en posant 1974 = 100. Cette analyse révèle qu'en ce qui concerne les services dentaires, la hausse des dépenses a été plus modérée que ne l'indiquerait le chiffre en dollars courants. Pour éliminer en outre l'effet de l'augmentation du nombre des enfants assurés au cours de ces années, le tableau indique les dépenses par utilisateur tant en dollars courants qu'en dollars constants. D'après cette analyse, les dépenses par utilisateur en dollars constants ont, en fait, diminué de 19 p. 100 de 1974 à 1981. Il ne faut pas oublier que cette méthode ne tient pas compte du fait que la composition des traitements rendus s'est modifiée avec le vieillissement des bénéficiaires; si cette modification était prise en compte, la diminution observée des dépenses en dollars constants par utilisateur serait encore plus forte. La raison de cette diminution n'est pas difficile à cerner. Si l'on examine le barème en vigueur pour chaque année du programme, on constate que les honoraires ont augmenté régulièrement, ce qui ressort de l'examen des trois premières colonnes du tableau 4.25. Dans le cas de la première catégorie, celle des examens, le coût par traitement est passé de 14 $ en 1974 à 20,35 $ en 1982. Cependant, en dollars constants de 1974, ce coût n'est plus que 10,67 $ en 1982. Vu sous cet angle, tous les services figurant dans le tableau, sauf un, coûtent moins cher qu'en 1974. Sans aucun doute, c'est cette diminution qui a causé la baisse globale des dépenses par patient en dollars constants.

Tableau 4.23
Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse
Répartition des services, des dépenses et des services par utilisateur pour les enfants de trois ans et plus, 1981-1982

Catégorie de services	Pourcentages		Nombre moyen de services par utilisateur
	Services	Dépenses	
Diagnostic	33,9	20,6	1,69
Prévention	16,8	13,5	0,83
Orthod. prév.	2,1	14,3	0,10
Restauration	37,4	40,5	1,86
Endodontie	1,8	3,7	0,09
Chirurgie buccale	8,1	7,3	0,40
Autres[a]	0,0	0,1	0,00
Total	100,1[b]	100,0	4,97

a. Comprend un nombre insignifiant de soins parodontaux et de prothèses.
b. Erreur d'arrondissement.

Tableau 4.24
Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse
Dépenses en dollars courants et constants[a]

Année	Dépenses totales		Dépenses par utilisateur	
	Dollars courants	Dollars constants	Dollars courants	Dollars constants
1974	1 566 039 $	1 566 039 $	53,24 $	53,24 $
1975	2 168 384	1 980 383	54,10	49,41
1976	2 419 573	2 050 122	49,46	41,91
1977	3 289 508	2 569 993	55,15	43,09
1978	4 019 320	2 926 781	58,59	42,66
1979	5 128 747	3 341 212	65,29	42,53
1980	6 460 880	3 791 725	73,09	42,89
1981	8 332 823	4 370 337	82,17	43,10

a. Dépenses dégonflées selon l'indice des prix à la consommation d'Halifax, septembre 1974 = 100.

4.7.7 Programmes spéciaux

Depuis le lancement du régime dentaire pour les enfants en 1974, on a ajouté trois autres programmes dentaires complémentaires. D'abord, tous les étudiants de l'école des aveugles Sir Frederick Fraser sont devenus admissibles en 1976. Certes, les étudiants de cette école qui remplissaient les conditions relatives à l'âge avaient toujours été admissibles, mais le programme s'appliquait désormais aux jeunes aveugles ayant dépassé la limite d'âge. Dans leur cas, les bénéfices sont les mêmes que ceux du régime dentaire pour les enfants.

En janvier 1977, on a mis sur pied un programme d'assurance dentaire à l'intention des handicapés mentaux profonds. Ces patients bénéficient des traitements dentaires à condition qu'ils soient inscrits à la *Health Services Insurance Commission* et que les soins soient dispensés à l'hôpital sous anesthésie générale. La Commission exige en outre qu'un programme de traitement soit présenté à l'avance.

Enfin, à partir d'avril 1977, les personnes présentant une fissure palatine sont devenues admissibles. Tous les résidents de la Nouvelle-Écosse inscrits à l'unité des fissures palatines (Cleft Palate Unit) au *Isaak Walton Killam Hospital for Children* étaient admissibles. Le programme couvre tous les traitements nécessaires et, par conséquent, va au-delà des soins dispensés en vertu du régime dentaire pour les enfants. Lorsqu'il est prévu que des soins importants seront nécessaires, un programme de traitement doit être présenté à la *Health Services Insurance*

Commission au préalable. Jusqu'à présent, l'âge n'entrait pas en ligne de compte, toutefois, à partir du 1er octobre 1984, seuls les patients de moins de 23 ans bénéficieront du programme.

Les données sur les résultats de l'élargissement du programme ne sont pas très nombreuses. On en trouvera quelques exemples au tableau 4.26. Il ressort immédiatement de l'examen de ce tableau que ces trois programmes sont de faibles dimensions puisque les dépenses totales étaient inférieures à 140 000 $ en 1981-1982. Néanmoins, ces programmes sont très importants pour les bénéficiaires. Il est évident que le groupe des patients souffrant de fissure palatine compte le plus grand nombre d'utilisateurs; 212 d'entre eux n'auraient pas été admissibles au régime dentaire pour les enfants, à cause de leur âge.

Tableau 4.25
Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse
Tarifs selon l'année, pour certains services

	Tarifs en dollars			
Service	1974	1977	1982	1982 en dollars constants (1974)
Examen	14,00	16,63	20,35	10,67
Radiographie[a]	4,00/2,00	4,75/2,38	6,30/2,00	3,30/1,05
Prophylaxie	9,00	8,32	14,20	7,34
Application topique de fluorure	3,00	5,94	2,95	1,55
Amalgame	13,00	18,53	25,00	13,11
Pulpotomie	19,00	22,57	23,90	12,53
Extraction[b]	11,00/8,00	13,07/9,50	18,40/10,25	9,65/5,38

a. Le premier chiffre s'applique au premier cliché pris, le deuxième s'applique à tous les clichés rétro-alvéolaires ou rétro-coronaires subséquents pris au même rendez-vous.
b. Le premier chiffre s'applique à la première dent extraite dans un quadrant donné, le deuxième, à toutes les autres dents extraites dans le même quadrant au même rendez-vous.

Tableau 4.26
Régime de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse
Programme d'assurance dentaire pour des patients spéciaux
Admissibilité, utilisation et dépenses en 1981-1982

Groupe	Nombre de personnes admissibles	Utilisateurs	Utilisation en pourcentage	Total des dépenses
Fissure palatine	596[a,b]	383	64,3	125 158[c]
Déficience mentale	?	65[d]	?	11 435
École pour les aveugles	?	6[e]	?	678

a. Nombre total de patients de n'importe quel âge, souffrant d'une fissure palatine, inscrits à la *Health Services Insurance Commission* de la Nouvelle-Écosse. À partir d'octobre 1984, les traitements de cette catégorie de patients seront limités aux personnes de moins de 23 ans.
b. De ce nombre, 212 personnes ne bénéficiaient pas du régime dentaire pour les enfants parce qu'elles étaient nées avant 1967.
c. Dépenses pour les personnes non couvertes par le régime pour les enfants. Une somme additionnelle de 30 787 $ a été dépensée par le régime pour les enfants en faveur des patients nés après le 1er janvier 1967.
d. Le nombre de personnes admissibles n'est pas connu; 278 personnes étaient inscrites en juillet 1983. Le traitement assuré doit être rendu à l'hôpital.
e. Ces utilisateurs étaient tous nés avant 1967.

Finalement, il ne faut pas oublier que la province de la Nouvelle-Écosse continue à appliquer un programme de santé dentaire publique par l'intermédiaire du ministère de la Santé de cette province. Le champ d'application de ce programme s'étend surtout aux régions rurales insuffisamment desservies au point de vue des soins dentaires et il se concentre en grande partie sur les écoliers. Le personnel du programme comprend cinq dentistes à plein temps et un dentiste à temps partiel, cinq assistantes dentaires ainsi que 24 hygiénistes dentaires. Pour l'année financière 1982-1983, on estime le budget d'exploitation à 850 000 $. Les dentistes posent le diagnostic, effectuent les restaurations, orientent les patients, donnent des consultations et effectuent des extractions. Les hygiénistes dentaires complètent ce service en assurant la prophylaxie dentaire, le traitement au fluorure, le dépistage des caries et toute une gamme de services d'éducation du public en matière d'hygiène dentaire. On ne dispose pas de données récentes sur les soins assurés dans le cadre de ce programme. Au cours de l'année 1978, les hygiénistes dentaires ont examiné 30 724 enfants alors que les dentistes ont effectué 14 133 obturations, 2594 extractions et 459 autres traitements.

Le ministère de la Santé poursuit son programme social d'incitation financière en matière de services dentaires, en allouant en moyenne de dix à quinze mille dollars à des collectivités situées dans des régions insuffisamment desservies, afin de les aider à s'assurer les services d'un dentiste. De plus, les localités intéressées peuvent obtenir une subvention de 7500 $ en vue de l'achat et de l'installation d'un matériel de fluoration. Ces dernières années, la Nouvelle-Écosse a assez bien réussi à attirer de nouveaux dentistes vers des localités insuffisamment desservies. Sans aucun doute, l'effet du régime dentaire pour les enfants ajouté à celui du programme d'incitation financière ont permis d'obtenir ces résultats.

4.8 Le programme de soins dentaires de l'Ontario

L'Ontario, province la plus peuplée du Canada, n'offre pas de programme d'assurance dentaire universelle. Cette province a préféré adopter une stratégie à trois rayons d'action pour atteindre ses objectifs en matière de soins dentaires. Premièrement, l'Ontario s'est montrée plus agressive que de nombreuses provinces pour mettre en pratique la fluoration de l'eau. Avec son territoire étendu renfermant de nombreux centres urbains, l'Ontario en est rendue au point que 72 p. 100 de sa population alimentée en eau par le réseau public bénéficie de cette mesure très favorable à la santé dentaire. Deuxièmement, cette province a apporté son appui financier à ses 43 unités sanitaires pour leur permettre d'organiser des soins dentaires soit préventifs, soit curatifs. Troisièmement, il est hors de doute que cette province a tiré profit de l'évolution rapide de l'assurance dentaire dans toutes ses régions. Cela a été possible en partie parce que l'Ontario possède une large base industrielle qui se prête facilement à l'organisation et à la mise en oeuvre des régimes d'assurance dentaire collective dans le cadre des avantages sociaux des travailleurs.

Étant donné qu'il n'y a pas de programme de traitement à l'échelle de la province à décrire, nous allons essayer de réunir les programmes des unités de santé dentaire et de les décrire sous les rubriques employées dans d'autres parties du présent rapport. Le lecteur doit être prévenu que le degré d'intégration des programmes en 1981-1982 était peut-être moins grand que ne le laisse croire une telle intention. Cependant, en 1983-1984, on a proposé une mesure législative en vue d'établir un niveau minimal de service en ce qui concerne les programmes dentaires de prévention, dans les 43 unités sanitaires de l'Ontario. Comme plusieurs programmes d'assurance dentaire importants fonctionnent en dehors de la sphère des unités sanitaires, nous les décrirons à la section 4.8.7 intitulée "Programmes spéciaux".

4.8.1 Admissibilité

En ce qui concerne les dix unités sanitaires (sur 43) qui offrent un programme de traitement dentaire, l'admissibilité a tendance à se limiter aux écoliers. Toutefois, dans deux des dix programmes, les personnes de tout âge peuvent recevoir des traitements dentaires de l'unité sanitaire. Cinq des dix unités sanitaires utilisent la justification des ressources pour définir la population admissible. Une unité sanitaire n'assure le traitement qu'aux régions rurales, insuffisamment desservies. Trois autres unités sanitaires ne posent qu'une condition de résidence. Aucun des dix programmes ne donne de l'information sur la taille de la population admissible totale. Toutefois, d'après les données recueillies par la Direction générale de la santé publique (Public Health Branch) du ministère de la Santé de l'Ontario, en 1981-1982, peut-être que 75 000 personnes ont fait appel à ces dix unités sanitaires pour obtenir un traitement dentaire.

En ce qui concerne les programmes de prévention en 1981-1982, les 43 unités sanitaires ont désigné 3979 écoles primaires comme cibles. Dans la plupart des cas, les activités de prévention axées sur l'école s'adressaient aux enfants de la maternelle à la 8^{e} année. Les programmes de prévention visaient également les garderies et les prématernelles, les groupes préscolaires, les centres pour personnes handicapées et pour personnes âgées. Le nombre des personnes admissibles n'a pas été estimé.

4.8.2 Services dentaires assurés

Chacune des dix unités sanitaires ayant des programmes dentaires élabore ses propres lignes de conduite relatives à la gamme de soins offerts. Toutefois, les dix unités sanitaires assurent toutes une gamme complète de services diagnostiques (notamment les radiographies) et de soins de restauration, y compris les couronnes en acier inoxydable, d'endodontie, d'urgence et de chirurgie buccale mineure au besoin. Il est intéressant de constater que neuf unités sanitaires sur dix fournissent des dispositifs de maintien d'espace, et trois d'entre elles signalent qu'elles assurent d'autres soins orthodontiques.

Les programmes de prévention des unités de santé dentaire assurent une gamme de services assez courants. Ceux-ci comprennent l'examen des patients et les avis de consultation, la promotion de la santé dentaire dans les écoles, l'enseignement des mesures d'hygiène buccale, des programmes de rince-bouche au fluorure, quelques programmes de suppléments de fluorure et des applications topiques de fluorure dans le cabinet du dentiste. Les unités sanitaires n'offrent pas toutes l'ensemble de ces services et il se peut que celles qui le font ne les dispensent pas à tous les écoliers qui relèvent d'elles.

4.8.3 Ressources humaines et cadre des services

Le traitement dentaire dispensé par les unités sanitaires est réalisé dans des cliniques dentaires situées dans les écoles, dans des cliniques aménagées dans les bureaux des unités sanitaires, ou dans des cliniques dentaires mobiles. Les dix unités sanitaires emploient toutes des dentistes salariés à plein temps. Il y a également des assistantes dentaires et du personnel de bureau. Certaines des grosses unités sanitaires, notamment à Toronto, font en outre largement appel à un personnel clinique à temps partiel employé à la vacation. En général, le recours aux dentistes à plein temps par opposition aux dentistes à temps partiel ou rémunérés à la vacation varie considérablement selon l'unité sanitaire. Malheureusement, les données disponibles ne permettent pas de déterminer avec exactitude le nombre de dentistes employés en équivalent plein temps dans chacun des programmes de traitement.

Les programmes de prévention sont en grande partie mis en oeuvre par le personnel dentaire et par les spécialistes chargés de l'enseignement des mesures d'hygiène buccale dans chacune des unités sanitaires. Travaillant généralement sous la surveillance d'un directeur et assistés par quelques employés de bureau, les hygiénistes dentaires et les éducateurs en santé dentaire constituent le pivot de la plupart des programmes de prévention offerts par les unités sanitaires de l'Ontario. Là encore, il n'est pas possible, sur la base des données disponibles, de calculer le personnel en équivalent plein temps.

4.8.4 Administration

Les programmes d'hygiène dentaire offerts par les unités sanitaires relèvent d'un directeur des services dentaires qui, à son tour, relève du directeur médical. Comme les programmes dentaires sont axés sur l'école, une part considérable de travail administratif doit être consacrée à la coordination et à la collaboration avec les administrateurs scolaires, pour organiser les déplacements, acheter et distribuer les fournitures et pour présenter des rapports sur les activités récentes. L'administration du personnel et le maintien de relations avec les professionnels représentent une part importante du travail du directeur des services dentaires. Il est évident que le volume du travail administratif varie selon la taille du programme dentaire et dans quelle proportion il offre des soins préventifs et des soins curatifs. Le volume de travail varie également selon le rapport entre le nombre d'employés à plein temps et le nombre d'employés à temps partiel.

Le gouvernement provincial et les collectivités locales partagent le financement des programmes dentaires des unités sanitaires. Ainsi, pour la plupart des unités sanitaires, le ministère de la Santé fournit 75 p. 100 du budget, 25 p. 100 étant financés par les taxes locales. Les six unités sanitaires qui composent la région métropolitaine de Toronto sont financées de façon différente : le ministère de la Santé ne fournit que 40 p. 100 du budget de l'unité sanitaire, et 60 p. 100 du financement provient des taxes locales. Cette formule de financement est parfois quelque peu modifiée selon la combinaison de soins curatifs et de soins préventifs offerts par l'unité sanitaire. En général, les services dentaires de prévention reçoivent 75 p. 100 de l'allocation normalement attribuée à l'unité sanitaire locale par le ministère de la Santé.

4.8.5 Utilisation

L'utilisation des services est difficile à estimer pour les programmes dentaires des unités sanitaires de l'Ontario. Toutefois, d'après les données recueillies par le ministère de la Santé de l'Ontario, au moins 66 022 personnes ont reçu un traitement dentaire au cours de l'année financière 1981-1982. Du côté de la prévention, les unités sanitaires de la province ont assuré des services à 1 153 262 clients au total, dont 27 842 enfants de garderies et de prémater-

nelles, 28 174 enfants de groupes préscolaires, 1 083 450 écoliers, 5866 personnes handicapées et 7930 adultes de tout âge. Bien sûr, ces chiffres ne sont pas précis, car ils ont été rassemblés dans un système décentralisé. Ils doivent donc être considérés comme des données approximatives produites par un réseau axé sur les services.

4.8.6 Dépenses

Pour l'année financière 1981-1982, les dépenses totales pour les traitements dentaires dans les dix unités sanitaires ont atteint 4 216 009 $, ce qui correspond à environ 63,86 $ par personne traitée. La valeur des soins préventifs dispensés par toutes les unités sanitaires s'est élevée à 5 341 539 $ au total. En divisant ce chiffre par le nombre total de clients, on arrive à 4,63 $ par personne au cours de l'année financière 1981-1982. Dans l'ensemble, les budgets d'exploitation des unités sanitaires au chapitre des services dentaires ont atteint 9 557 548 $. Il est cependant possible que ce chiffre ne tienne pas compte de certains éléments des dépenses en capital, des frais d'amortissement, des frais d'installation et d'entretien, des frais de papeterie et de fournitures, et des frais généraux divers.

4.8.7 Programmes spéciaux

Le gouvernement de l'Ontario finance onze autres programmes de services dentaires, à même les deniers publics. Six de ces programmes relèvent du ministère de la Santé. Quatre de ces six programmes du ministère de la Santé consacrent des fonds à la prestation de soins dentaires dans des régions de la province insuffisamment desservies. On utilise à cette fin quatre mécanismes distincts. Premièrement, on peut mentionner le "dental coach program". Il s'agit d'un parc de dix maisons mobiles de 18,28 mètres (60 pieds) de long abritant chacune une clinique dentaire ainsi qu'un logement pour une équipe dentaire (mari et femme). Neuf de ces maisons mobiles sont actuellement dotées en personnel. Ces maisons mobiles parcourent des régions de la province qui manquent de services dentaires. En moyenne, chaque maison mobile permet de dispenser des services essentiels de prévention et de traitement à 500 ou 600 enfants par année. Le budget de 1982-1983 pour ces maisons mobiles s'élèverait à 730 000 dollars environ.

Deuxièmement, le ministère de la Santé finance un programme destiné à encourager les dentistes à s'installer dans des régions rurales insuffisamment desservies. Ce programme a été assez fructueux et, en 1982-1983, son budget s'est élevé à 228 000 $.

Un troisième programme est financé actuellement par le ministère des Affaires du Nord, mais est administré par le ministère de la Santé. Il s'agit de l'octroi de bourses à des étudiants en médecine dentaire à condition qu'ils s'engagent à exercer dans des régions désignées, insuffisamment desservies. Au cours de l'année financière 1982-1983, le budget alloué à ce programme s'est élevé à 25 000 $.

Quatrièmement, une subvention spéciale a été accordée au programme de traitement dentaire pour les enfants de la *Northwestern Health Unit*. Cette unité sanitaire a pu ainsi acheter un matériel dentaire portatif et engager du personnel afin de dispenser des services dentaires dans des régions du district de Kenora-Rainy River qui en avaient grand besoin. Pour l'année financière 1982-1983, la somme allouée a été de 160 000 $. Nous avons inclus cette somme dans les budgets de traitement à la section précédente.

Le ministère de la Santé offre également deux programmes additionnels qui ne s'appliquent pas à des régions insuffisamment desservies. Le premier vise à assurer des traitements dentaires aux résidents de "foyers de soins spéciaux". Ces derniers abritent environ 7000 personnes, la plupart des adultes, dont la plus grande partie ont reçu leur congé d'hôpitaux psychiatriques. Des dentistes en clientèle privée dispensent tous les services dentaires à ces patients. Ils sont rémunérés à l'acte, selon le barème d'honoraires de l'Association dentaire de l'Ontario en vigueur l'année précédente. En 1980, le coût de ce programme s'est élevé à 172 000 $, mais, pour l'année financière 1982-1983, le coût est estimé à environ 250 000 $.

Le deuxième de ces programmes spéciaux du ministère de la Santé consiste à financer une clinique dentaire mobile destinée aux enfants handicapés. Ce programme a débuté en juillet 1983 et son budget est de 44 000 $ pour la première année d'application.

Indépendamment du ministère de la Santé, le gouvernement de l'Ontario assure également des services dentaires dans les institutions d'éducation surveillées (six dentistes à plein temps), les hôpitaux psychiatriques (dix dentistes à plein temps), et les établissements pour arriérés mentaux (16 dentistes à plein temps et huit à temps partiel). Si l'on suppose qu'il faut 80 000 $ par année pour rémunérer un dentiste et une assistante dentaire, et pour financer les fournitures, le matériel et l'entretien, et que les services des huit dentistes à temps partiel reviennent à 50 000 $ par année, les dépenses totales peuvent être estimées à 2 610 000 $.

En outre, par l'intermédiaire du ministère des Services sociaux et communautaires, le gouvernement de l'Ontario assure des services dentaires aux personnes qui suivent un programme de "rééducation professionnelle",

ainsi qu'aux assistés sociaux. Environ 2000 personnes, pour la plupart des adolescents et de jeunes adultes, sont inscrits au programme de rééducation professionnelle; ils peuvent recevoir tous les services dentaires nécessaires pour leur permettre de trouver un emploi. Ce programme fait également appel à des dentistes en clientèle privée et la rémunération s'établit à 90 p. 100 du barème d'honoraires en vigueur de l'Association dentaire de l'Ontario. Le coût du programme a été estimé à environ 250 000 $ pour 1982-1983. On trouvera à la partie 6.8 du présent rapport un exposé sur les services destinés aux assistés sociaux.

Pour avoir une idée du coût total des services dentaires publics en Ontario, il suffit d'additionner les diverses dépenses présentées dans cette partie. Pour obtenir les dépenses des unités sanitaires pour l'année financière 1982-1983, il faut augmenter le chiffre cité de 6 p. 100. On obtient alors le chiffre de 14 268 000 $ pour les programmes publics de services dentaires. Ce chiffre doit être considéré comme très approximatif.

4.9 Le programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard

À sa création, en octobre 1971, le programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard visait les enfants de six ans. L'objectif à long terme du programme est d'améliorer la santé dentaire des enfants dans toute la province. L'objectif immédiat était que les enfants de groupes d'âge bien définis, introduits progressivement, reçoivent le plus tôt possible des soins réguliers. De 1971 à 1977, la plupart des soins dentaires aux enfants admissibles étaient dispensés par un personnel dentaire salarié dans des cliniques dentaires mobiles ou fixes administrées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces équipes cumulaient les activités traditionnelles du dentiste et celles d'hygiénistes dentaires nouvellement formés aux techniques de restauration à la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université Dalhousie. Ces hygiénistes dentaires "nouveau type" étaient capables de mettre en place et de sculpter les obturations d'amalgame dans des dents anesthésiées et préparées par le dentiste. Les assistantes dentaires autorisées, elles, étaient chargées, entre autres, de nettoyer et de polir les dents, ainsi que de procéder aux applications topiques de fluorure. L'efficacité d'un service dentaire de ce genre avait été démontrée dans une étude de grande étendue sur les équipes dentaires financée par Santé et Bien-être social Canada et menée à l'Île-du-Prince-Édouard de 1969 à 1972[16].

Bien que la situation se soit considérablement améliorée ces derniers temps, l'Île-du-Prince-Édouard a souffert pendant de nombreuses années d'une pénurie chronique de dentistes. Devant une telle pénurie, et peut-être à cause de facteurs socio-économiques et d'autres liés aux attitudes susceptibles d'avoir influé sur la demande de services dentaires, on estimait que seulement 20 p. 100 des enfants de la province consultaient un dentiste chaque année et pourtant, ces enfants avaient grand besoin de soins. Pour de nombreux enfants, la forte prévalence des affections bucco-dentaires, combinée à la faible utilisation des services dentaires, signifiait que, lorsqu'ils finissaient par consulter le dentiste, il fallait procéder à des obturations ou à des extractions, ou aux deux. On croyait qu'il ne fallait guère s'attendre à une amélioration si l'on n'avait recours qu'au réseau de services dentaires du secteur privé existant, déjà surchargé. Ce n'est pas non plus le service dentaire minimal du système scolaire existant avant les années soixante-dix qui pouvait venir à bout du retard accumulé. Le ministère de la Santé et des organismes bénévoles tels que le *Women's Institute* se sont déclarés en faveur de la mise en place d'un nouveau réseau de distribution des services en vue d'augmenter le nombre des dentistes en clientèle privée. Au cours de débats en 1968-1969, l'Association dentaire, de son côté, avait approuvé la mise en oeuvre d'un programme de ce genre.

Au début, on avait espéré que dans le cadre de ce programme, les services dentaires seraient dispensés conjointement par les secteurs privé et public; toutefois, cet objectif n'a pas été atteint avant septembre 1977, en raison de préoccupations à propos des honoraires, du contrôle des coûts et de l'assurance de la qualité.

Grâce au succès du projet de recherche et de démonstration sur les équipes dentaires de l'Île-du-Prince-Édouard, et de l'intérêt croissant qui se manifestait dans toute l'Amérique du Nord en faveur des nouveaux rôles du professionnel dentaire autre que le dentiste dans la prestation de services directs, on a abouti assez naturellement à la mise sur pied d'un programme faisant appel à des équipes de professionnels salariés affectés aux cliniques. Il est assez ironique de constater que la réduction du nombre des caries depuis le début du programme a entraîné une diminution du nombre des hygiénistes dentaires assurant des soins de restauration dans les cliniques du programme de soins dentaires pour les enfants. À l'heure actuelle, les hygiénistes font peu de traitements de restauration puisque le concept de l'équipe dentiste-hygiéniste dentaire est moins efficace lorsqu'on n'a pas à pratiquer de restaurations multiples.

4.9.1 Admissibilité

L'admissibilité au programme de soins dentaires pour les enfants est basée sur l'âge. Depuis 1971, lorsque les enfants de six ans ont été admis, une ou deux cohortes d'âge additionnelles ont été ajoutées chaque année, comme on peut le voir au tableau 4.27. Jusqu'en 1980-1981, tous les enfants résidant à l'Île-du-Prince-Édouard et nés le

1er janvier 1965 ou plus tard, étaient admissibles, à condition d'avoir trois ans. À cause de restrictions financières, les enfants de trois ans n'ont plus bénéficié du programme le 1er juin 1981 de sorte que, pour la plus grande partie de l'année financière 1981-1982 et jusqu'au 18 avril 1983, les enfants de 4 à 16 ans étaient admissibles. Le 19 avril 1983, les compressions annoncées dans le budget du gouvernement ont nécessité une autre réduction de sorte que seuls les enfants de 4 à 12 ans étaient admissibles. De plus, les enfants ayant suivi un traitement d'orthodontie préventive avant l'âge de 13 ans, continuaient à être couverts jusqu'à la fin du traitement.

Tableau 4.27
Programme de soins dentaires pour les enfants
de l'Île-du-Prince-Édouard
Enfants admissibles, de 1974 à 1982

Année[a]	Groupe d'âge assuré	Nombre d'enfants admissibles
1974	4–8	10 320
1975	4–9	12 420
1976	3–10	16 880
1977	3–11	19 420
1978-79	3–13	23 000
1979-80	3–14	25 000
1980-81	3–15	26 500
1981-82[b]	4–16	26 500

a. Avant 1974, le programme visait les enfants de 6 ans (1971), de 5 à 7 ans (1972) et de 4 à 8 ans (1973). Le programme n'a pas donné d'estimations du nombre des enfants admissibles pour ces années.
b. En 1983-1984, seuls sont devenus admissibles les enfants de 4 à 12 ans.

4.9.2 Services dentaires assurés

Le programme de soins dentaires pour les enfants offre un large éventail avec l'enseignement des mesures d'hygiène buccale, les soins de prévention, les interventions d'orthodontie préventive et les traitements essentiels. Bien qu'il ne couvre pas tous les soins possibles, ce programme répond aux besoins de la grande majorité des enfants en matière de soins dentaires. Un élément particulier du programme, qui est unique parmi tous les programmes d'assurance dentaire du Canada, est l'orthodontie préventive que nous exposerons en détail plus avant dans ce rapport.

Les services assurés mentionnés dans les barèmes sont énumérés ci-après en termes très généraux. Il faut remarquer que les examens annuels pratiqués par des dentistes en clientèle privée comprennent le détartrage mineur des dents des enfants, mais que les soins de prévention sont dispensés dans les cliniques de santé publique.

	Services
Prévention*	Nettoyage et polissage des dents
	Application topique de fluorure
	Enseignement des mesures d'hygiène buccale
	Conseils en matière de diététique
	Agents de scellement des fissures
Diagnostic et traitement	Un examen annuel
	Radiographies "rétro-coronaires" annuelles (2 clichés)
	Obturations (y compris le polissage)
	Couronnes d'acier inoxydable
	Extractions

* Services dispensés seulement dans les cliniques de santé publique.

Traitements du canal radiculaire des dents antérieures
Soins d'urgence et intermédiaires pour les dents fracturées
Examen et traitement d'urgence
Biopsie
Pulpotomie
Orthodontie préventive*

Il existe également des limites relatives aux soins rendus et à leur fréquence. Par exemple, comme il est précisé dans la liste ci-dessus, on n'autorise annuellement qu'un seul examen et deux radiographies rétro-coronaires**. Le traitement du canal radiculaire des dents postérieures n'est pas assuré. Sont également exclus : les obturations dans les incisives temporaires; les dispositifs de maintien d'espace; les restaurations en or ou en porcelaine; les agents de scellement des fissures sauf dans les cliniques de santé publique où ce service fait actuellement l'objet d'une étude spéciale; les restaurations de composite des dents postérieures, sauf celles impliquant la surface mésiale des premières prémolaires; enfin, les services dispensés sous anesthésie générale.

Les services non assurés par le programme ou les services assurés utilisés plus souvent que prévu (par ex. les examens) peuvent être dispensés par un dentiste, aux frais des parents. Les parents doivent accepter à l'avance de payer pour les services non assurés et le ministère de la Santé doit recevoir un relevé des frais.

4.9.2.1

L'orthodontie préventive – Ce service de prévention a débuté en 1975 pour les enfants couverts par le programme. Il vise à assurer une bonne fonction masticatoire et un aspect acceptable en utilisant des méthodes de prévention simples, éliminant ainsi la nécessité d'entreprendre un traitement orthodontique complexe plus tard.

Dans le cadre de ce programme, on dispense des services à environ un tiers de tous les enfants admissibles, à un moment ou à un autre, au cours des années pendant lesquelles ils sont assurés. Chaque année, de 700 à 800 enfants environ ont été dirigés vers la clinique d'orthodontie préventive par des dentistes en clientèle privée et par des dentistes travaillant dans les cliniques de santé publique. Les deux tiers de ces enfants ont bénéficié du programme, le tiers restant avait des problèmes trop complexes pour être traités efficacement avec les dispositifs utilisés. Un grand nombre de ces enfants ont été dirigés vers un orthodontiste en pratique privée (à leurs propres frais). Les parents des enfants admissibles au programme d'orthodontie préventive doivent acquitter le coût relativement faible des dispositifs fabriqués en laboratoire.

4.9.3 Ressources humaines et cadre des services

Les équipes dentaires salariées des cliniques de santé publique mobiles ou fixes et les dentistes en clientèle privée dispensent tous les services du programme dentaire pour les enfants. Les services de diagnostic et de traitement sont rendus indistinctement dans le cabinet du dentiste en clientèle privée et dans les cliniques de santé publique, mais les enfants, y compris ceux qui sont traités dans les cabinets privés, sont dirigés vers les cliniques de santé publique lorsqu'ils ont besoin de soins de prévention, et vers les cliniques d'orthodontie préventive lorsqu'ils ont besoin de traitements orthodontiques. En 1973, six dentistes en clientèle privée travaillaient à temps partiel dans cinq centres ruraux. Dès 1976, près de 20 p. 100 des enfants participant au programme étaient traités dans des cabinets privés. Cette portion de l'ensemble des services de traitement était déjà non négligeable, et la part des cabinets privés s'est accrue après septembre 1977, au moment où la révision du programme de soins dentaires pour les enfants a permis une plus grande participation des dentistes en clientèle privée dans toute la province.

Il est compréhensible que le nombre de spécialistes et d'installations dentaires ait augmenté avec le nombre d'enfants admissibles. En 1972, deux cliniques mobiles et une clinique fixe fonctionnaient, chacune dotée d'un dentiste, de deux hygiénistes dentaires "nouveau type", de trois assistantes dentaires et d'une réceptionniste. De plus, six dentistes en clientèle privée assuraient des services dentaires dans cinq régions rurales. En 1983, outre le directeur dentaire, le personnel clinique du programme comprenait cinq dentistes, un orthodontiste, huit hygiénistes dentaires "nouveau type" et vingt et une assistantes dentaires. (L'année précédente, en 1982, il y avait deux

* Services dispensés seulement dans les cliniques de santé publique.

** Des radiographies additionnelles sont acceptées lorsqu'un problème bien défini semble exister. Les radiographies pour le traitement du canal radiculaire des dents antérieures sont comprises dans les honoraires pour le traitement du canal radiculaire.

hygiénistes et une assistante de plus.) Ce personnel travaillait dans six cliniques dentaires, incluant la clinique d'orthodontie située à Charlottetown. On estime que peu de patients doivent parcourir plus de 25 kilomètres (15 milles) pour se rendre à l'une de ces cliniques.

En 1981-1982, 33 dentistes en clientèle privée participaient au programme de soins dentaires pour les enfants, soit une très grande partie (plus de 90 p. 100) du nombre de dentistes qui pouvaient s'affilier.

4.9.4 Administration

Les parents ou les tuteurs des enfants admissibles peuvent choisir de les inscrire en vue d'un diagnostic et d'un traitement clinique, soit dans une clinique du ministère de la Santé, soit dans un cabinet privé. Il est également possible de passer du secteur privé au secteur public ou vice versa.

À l'exception du droit d'inscription annuel pour chaque enfant participant, le programme est financé à même les deniers publics. Jusqu'à la fin de l'année 1977, ce droit d'inscription annuel était de 1,50 $ par enfant. De janvier 1978 à juin 1981, il était de 2 $ par enfant et, depuis juin 1981, le droit d'inscription est de 4 $ par enfant par année, avec un maximum de 12 $ par famille par année. C'est au dentiste en clientèle privée qu'il incombe de percevoir le droit d'inscription annuel de ses patients. Bien que le programme de soins dentaires pour les enfants déduise automatiquement le droit d'inscription de la demande de paiement présentée par le dentiste, on ignore dans quelle mesure les dentistes perçoivent couramment les droits d'inscription auprès des parents.

En vertu du programme de soins dentaires pour les enfants, les honoraires payables aux dentistes en clientèle privée sont fixés par un barème (Schedule of Covered Services and Tariffs). En 1982, ces honoraires représentaient environ 85 p. 100 de ceux perçus pour des services comparables selon le barème d'honoraires de l'Association dentaire de l'Île-du-Prince-Édouard. Les dentistes participant au programme ne sont pas autorisés à surfacturer les patients pour les services assurés. Les dentistes peuvent facturer les parents directement pour les services qui ne sont pas assurés par le programme. Il faut mentionner que les services des spécialistes ne sont pas assurés.

Les accords relativement aux honoraires, aux services assurés, etc., sont négociés entre le ministère de la Santé et le directeur de l'Association dentaire de l'Île-du-Prince-Édouard. L'Association a également mis sur pied un comité pour étudier avec le ministère de la Santé les problèmes liés à l'application du programme de soins dentaires pour les enfants.

4.9.5 Utilisation

On trouvera au tableau 4.28 les données sur l'utilisation des services par les enfants admissibles au cours de chaque année du programme. Environ 80 p. 100 des enfants admissibles ont utilisé le programme, bien que ce chiffre ait baissé légèrement en 1980-1981 et 1981-1982. Ce tableau donne également le nombre d'enfants utilisant le secteur privé, et le nombre d'enfants utilisant le secteur public, pour chaque année. Après 1977, année où un changement important a permis une plus grande participation des dentistes en clientèle privée, les utilisateurs se sont divisés à peu près également entre les deux secteurs.

On trouvera au tableau 4.29 le nombre moyen d'interventions par enfant traité dans les cliniques de santé publique, pour chaque année allant de 1974 à 1982-1983. Lorsqu'on interprète ces données, il faut remarquer que le nombre des cohortes d'âge des enfants admissibles au programme s'est accru au cours de cette période. Chaque enfant participant a subi un examen et presque tous les enfants ont reçu une prophylaxie et une application topique de fluorure. Avec le temps, le nombre moyen de radiographies est passé d'un peu moins d'une par enfant au cours des deux premières années du programme, à environ une et demie par enfant au cours des cinq dernières années. Étant donné qu'on prend souvent deux radiographies à la fois (une radiographie rétro-coronaire de chaque côté), il est vraisemblable que, pour près de la moitié des enfants, aucune n'ait été prise durant les premières années du programme. Il est aussi possible que pour environ un quart des enfants, aucune radiographie n'ait été prise durant chacune des dernières années. Le nombre des obturations pratiquées par le personnel des cliniques de santé publique a diminué de plus de la moitié, mais cette observation est difficile à interpréter : en effet, le nombre des groupes d'âge assurés a augmenté durant chaque année du programme, et de plus en plus de patients, autrefois traités dans les cliniques de santé publique, sont venus grossir la clientèle des dentistes en clientèle privée, notamment après 1977. Une comparaison des deux dernières lignes du tableau 4.29 permet de se rendre compte de l'ambiguïté de la situation.

Quelle que soit la cause du phénomène, qui pourrait bien résider en partie dans l'effet bénéfique de la prévention, l'évolution se fait dans la bonne direction. C'est également le cas du nombre moyen des extractions par enfant, qui a diminué de moitié depuis le lancement du programme, et des pulpotomies, dont le nombre a diminué encore plus. Les résultats provenant d'une plus grande utilisation des agents de scellement de fissures en tant que

mesure de prévention, depuis 1979-1980, peuvent également être constatés. Il est intéressant de noter également à quel point le nombre d'enfants traités uniquement dans les cliniques est demeuré constant depuis 1976, à peine plus de 10 000 enfants presque chaque année. Comme on l'a mentionné plus haut, les cliniques de santé publique dispensent également des soins de prévention pour les enfants participant au programme qui étaient traités dans des cabinets privés. Ce dernier fait pourrait avoir un impact sur le taux d'utilisation indiqué, comme nous le faisons remarquer dans la note explicative c. du tableau 4.29.

Tableau 4.28
Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard
Utilisation, de 1974 à 1982

Année[a]	Groupe d'âge assuré	Nombre d'enfants admissibles	Nombre d'enfants utilisant le programme		Utilisation totale en pourcentage
			Secteur public	Secteur privé	
1974	4–8	10 320	7 415	378	75,5
1975	4–9	12 420	8 259	1 626	79,5
1976	3–10	16 880	10 880	2 624	80,0
1977	3–11	19 420	10 503	4 913	79,4
1978-79	3–13	23 000	10 786	7 716	80,4
1979-80	3–14	25 000	9 884	10 246	80,5
1980-81	3–15	26 500	10 781	9 412	76,2
1981-82	4–16	26 500	10 422	10 132	77,6

a. Avant 1974, le programme couvrait les enfants de 6 ans (1971), de 5 à 7 ans (1972) et de 4 à 8 ans (1973). Le Ministère n'a pas communiqué d'estimations du nombre des enfants admissibles pour ces années-là.

Tableau 4.29
Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard
Nombre moyen de services par enfant traité
Cliniques de santé publique, de 1974 à 1982

Année	Groupe d'âge assuré	Examen[a]	Radio-graphie	Pré-vention[a]	Réstau-ration[b]	Endo-dontie	Dispositifs de maintien d'espace	Extrac-tion	Autres[c]
1974	4–8	1,00	0,90	0,96	2,82	0,11	0,01	0,37	—
1975	4–9	1,00	0,80	0,96	2,72	0,11	0,01	0,39	—
1976	3–10	1,00	1,30	0,96	2,20	0,12	0,03	0,25	—
1977	3–11	1,00	1,74	0,96	2,72	0,07	0,01	0,25	—
1978-79	3–13	1,00	1,60	0,96	1,99	0,09	0,01	0,18	—
1979-80	3–14	1,00	1,47	0,96	1,59	0,08	0,01	0,16	—
1980-81	3–15	1,00	1,39	0,96	1,35	0,08	0,01	0,13	—
1981-82	4–16	1,00	1,39	0,96	1,20	0,06	0,01	0,14	—
1981-82[d]	4–16	1,03	1,52	1,08	1,51	0,06	—	0,20	0,06

a. Ces chiffres sont les estimations du directeur du programme. On peut supposer qu'ils sont assez exacts.
b. Ces chiffres s'obtiennent en divisant le nombre de surfaces restaurées par 1,7.
c. Comprend le traitement des dents antérieures fracturées, les traitements d'urgence, les tenons de rétention et autres interventions, mais non les traitements d'orthodontie.
d. Ces données ont été établies par un système informatisé nouvellement mis au point et couvrant tous les enfants, traités dans les cliniques de santé publique et en cabinet privé. Les données des années précédentes sont tirées de rapports annuels portant sur les enfants traités dans les cliniques de santé publique seulement.

D'après le tableau 4.30, durant les années 1980-1981 et 1981-1982, 2151 et 2144 enfants respectivement ont fréquenté les cliniques d'orthodontie préventive. Au cours de chaque année, le personnel du programme a posé des appareils d'orthodontie à 26 p. 100 des enfants dirigés vers ce service.

Tableau 4.30
Programme de soins dentaires pour les enfants
de l'Île-du-Prince-Édouard
Utilisation des cliniques d'orthodontie préventive,
de 1980 à 1982

Année	Nombre d'enfants participants	Nombre d'enfants nouvellement évalués	Nombre d'enfants traités avec des appareils	Nombre d'enfants dont le traitement est terminé
1980-81	2 151	737	560	652
1981-82	2 144	677	550	811

4.9.6 Dépenses

On trouvera au tableau 4.31 le total des dépenses du programme pour la période allant de 1974 à 1981-1982. Les coûts du programme de soins dentaires pour les enfants (y compris les frais d'administration) sont passés de 114 000 $ en 1971 à 318 000 $ en 1973. D'après ce tableau, les dépenses ont continué à s'élever jusqu'en 1981-1982. Les données détaillées à partir de 1979-1980 montrent que les coûts administratifs représentent approximativement 10 p. 100 du total des dépenses du programme. On ignore si ce chiffre tient compte de l'amortissement des bâtiments et du matériel, des frais généraux pour la construction, etc.

Tableau 4.31
Programme de soins dentaires pour les enfants
de l'Île-du-Prince-Édouard
Dépenses en dollars courants et constants (1974),
de 1974 à 1982

	Total des dépenses		Dépenses par utilisateur	
Année	Dollars courants	Dollars constants[a]	Dollars courants	Dollars constants
1974[b]	485 000 $	485 000 $	62,24 $	62,24 $
1975[c]	625 900	559 442	63,32	56,60
1976	635 900	537 506	47,09	39,80
1977	824 300	640 845	53,47	41,57
1978-79	1 090 300	787 993	58,93	42,59
1979-80[d]	1 287 700	853 205	63,47	42,39
1980-81	1 417 400	846 812	70,19	41,93
1981-82	1 555 300	817 448	75,60	31,73

a. Dépenses dégonflées selon l'indice des prix à la consommation de Charlottetown, septembre 1974 = 100.
b. Avant 1974, les coûts du programme s'élevaient à 114 000 $ (1971), à 170 000 $ (1972), et à 318 000 $ (1973).
c. La clinique d'orthodontie a commencé à dispenser des soins en 1975.
d. Le total des coûts administratifs est inclus à partir de 1979-1980. Par rapport à l'ensemble, ces coûts étaient de 10,12 % (1979-1980), 9,51 % (1980-1981), de 9,86 % (1981-1982).

4.10 Le programme de soins dentaires pour les enfants du Québec

Le programme de soins dentaires pour les enfants du Québec est un régime financé par l'État, à tiers payant, administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). La RAMQ, créée le 13 juin 1969, administre le Régime d'assurance-maladie pour le compte du ministère des Affaires sociales. Le programme de soins dentaires pour les enfants a d'abord été incorporé à la Loi sur l'assurance-maladie le 18 juin 1971. Toutefois, l'application du régime a été retardée à cause des négociations prolongées entre les représentants de la profession dentaire du Québec et le gouvernement provincial. Le régime a enfin été mis en oeuvre le 1er mai 1974.

En 1976, la RAMQ a également commencé à administrer un programme existant de services dentaires pour les assistés sociaux du Québec. On trouvera des détails sur ce programme dans la partie 5.10 du présent rapport. Enfin, il ne faut pas oublier que, comme dans toutes les autres provinces, certains actes de chirurgie buccale sont remboursés par l'assurance-maladie. On trouvera au chapitre cinq les données sur les dépenses liées à ce dernier programme.

Lorsque le programme de soins dentaires pour les enfants a commencé à être appliqué, ses dispositions générales ont été basées sur plusieurs principes. Premièrement, dès le départ, le programme a prévu une augmentation annuelle du nombre d'enfants ayant droit aux services dentaires. Deuxièmement, les services dentaires devaient être accessibles à tous les enfants admissibles. Aucune région géographique n'était visée et la justification des ressources n'était pas retenue. Troisièmement, le programme devait être financé à même les deniers publics. Quatrièmement, aucune franchise ni aucun copaiement n'étaient prévus dans le programme. Cinquièmement, les honoraires des dentistes devaient être fixés selon un barème négocié entre la profession dentaire et le ministère des Affaires sociales. Sixièmement, les dentistes étaient libres de participer ou non au programme, c'est-à-dire qu'ils pouvaient continuer à exercer en dehors du programme de soins dentaires. Septièmement, le patient pouvait verser les honoraires directement au dentiste. Huitièmement, aucune surfacturation n'était autorisée.

4.10.1 Admissibilité

Lorsque le programme de soins dentaires a été lancé en 1974, tous les enfants devenaient admissibles jusqu'à l'âge de sept ans, soit un total de 793 000 enfants. Au cours des années suivantes, l'âge maximal d'admissibilité a été élevé d'un ou deux ans par année de sorte qu'avec le temps, le nombre des enfants admissibles s'est accru de façon considérable. On trouvera au tableau 4.32 les données correspondantes. Il ressort du tableau qu'en 1977 et en 1978, deux groupes d'âge ont été ajoutés. On voit également qu'à partir de 1981, le programme a stoppé sa croissance. Cette année-là, l'âge maximal n'a pas été accru.

En 1982, on a apporté des changements draconiens aux critères d'admissibilité; en août, les enfants de 13 à 15 ans ont cessé d'avoir droit au traitement dentaire et les enfants jusqu'à l'âge de 11 ans n'ont plus été admissibles aux soins de prévention. L'admissibilité au programme dans sa forme originale était donc limitée aux seuls enfants de 12 ans. Le Québec est donc devenu la deuxième province à ne plus admettre certains groupes d'enfants aux bénéfices portant sur des catégories importantes d'interventions. (L'Île-du-Prince-Édouard a été la première province à agir dans ce sens.)

Tableau 4.32
Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec
Enfants admissibles, de 1974 à 1981

Année	Groupe d'âge assuré	Nombre d'enfants admissibles
1974	0–7	793 486
1975	0–8	824 193
1976	0–9	928 300
1977	0–11	1 133 436
1978	0–13	1 343 600
1979	0–14	1 433 718
1980	0–15	1 525 671
1981	0–15	1 481 654

4.10.2 Services dentaires assurés

Les services dentaires assurés par le programme ont fluctué dans une mesure considérable depuis 1974. Le présent rapport ne vise pas à présenter une étude détaillée de l'évolution du programme avec les années. En général, le régime assurait les services diagnostiques, les radiographies, les services de prévention, de restauration, d'endodontie, ainsi que les soins de chirurgie buccale mineure et majeure. Toutefois, le champ d'application de ces services était limité. Par exemple, les premières années, le programme ne couvrait pas les services de restauration des prémolaires permanentes, et, pendant plusieurs années, le traitement du canal radiculaire des dents permanentes n'était pas couvert. En 1979, la RAMQ a cessé de rembourser les frais des couronnes temporaires de polycarbonate placées sur les dents antérieures permanentes fracturées. En 1979 également, le programme a ramené les honoraires autorisés pour l'application topique de fluorure de 10 à 2 $. À partir du 9 août 1982, le régime d'assurance dentaire a cessé de verser des honoraires séparés pour les radiographies en prétendant que ces honoraires étaient désormais incorporés dans ceux perçus pour d'autres services. Les remarques qui précèdent ne présentent pas tout le détail des changements apportés aux traitements dentaires couverts. Nous avons plutôt voulu donner une idée de l'importance des changements survenus, même si certains services diagnostiques, de prévention, de restauration, d'endodontie et de chirurgie buccale sont encore couverts. Comme on l'a vu au paragraphe 4.10.1, des changements beaucoup plus radicaux ont été apportés aux services assurés en 1982.

En août 1982, les services suivants étaient couverts. Pour les enfants de 0 à 11 ans, les examens et les consultations, les obturations d'amalgame et de composite, les couronnes d'acier inoxydable et les couronnes au polycarbonate pour les dents temporaires, les services d'endodontie et de chirurgie buccale. Pour les enfants de 12 ans, le régime d'assurance dentaire couvrait les services assurés pour les enfants de 0 à 11 ans et, en plus, l'enseignement des mesures d'hygiène buccale, la prophylaxie et l'application topique de fluorure. Pour les enfants de 13 à 15 ans, le programme de soins dentaires assurait les examens et les consultations, l'enseignement des mesures d'hygiène dentaire, la prophylaxie, l'application topique de fluorure, ainsi que des services limités de chirurgie buccale. Pour les enfants de 13 à 15 ans, le programme excluait les services d'endodontie, tous les services de restauration, ainsi que l'extraction des dents ou l'ablation des racines. Toutefois, les enfants d'assistés sociaux continuaient à bénéficier de services de restauration, d'orthodontie préventive, ainsi que des services d'endodontie, à l'exception des traitements du canal radiculaire des dents permanentes. On trouvera au tableau 4.33 une représentation schématique des services dentaires couverts en date du 8 août 1982. Les exclusions globales pour tous les enfants de 15 ans et moins sont les suivantes : les traitements parodontaux et d'orthodontie, y compris les dispositifs de maintien d'espace, toutes les couronnes d'or ou d'or et de porcelaine, toutes les prothèses, ainsi que les agents de scellement des fissures.

Tableau 4.33
Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec
Catégories de services dentaires assurés au 8 août 1982

Groupe d'âge	Catégorie de services				
	Examen Consultation[a]	Prévention	Restauration	Endodontie	Chirurgie buccale
0–11	X	Non	X	X	X
12	X	X	X	X	X
13–15	X	X	Non[b]	Non[b]	X[c]

a. Les radiographies ne sont plus assurées.
b. Ces services sont assurés aux enfants d'assistés sociaux.
c. Ne comprend pas l'extraction des dents ou l'ablation des racines.

4.10.3 Ressources humaines et cadre des services

Presque en totalité, les services dentaires assurés en vertu du programme de services dentaires pour les enfants du Québec sont dispensés dans les cabinets privés de dentistes. Toutefois, la RAMQ verse également des salaires ou des rémunérations à la vacation aux dentistes employés, soit à plein temps, soit à temps partiel, dans les hôpitaux publics, les départements de santé communautaire (DSC), les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres de détention provinciaux.

En ce qui concerne les ressources humaines, en août 1982, un nombre estimatif de 2347 dentistes participaient au programme, trois dentistes étaient désengagés et 227 autres (notamment des spécialistes, des professeurs d'université, etc.) ne participaient pas au programme. Par conséquent, environ 90 p. 100 des dentistes du Québec participent au programme. De plus, 12 dentistes exerçant en dehors de la province participaient également. Les dentistes "désengagés" exercent leur profession en dehors des cadres du régime d'assurance-maladie, mais acceptent d'être rémunérés au même tarif que les professionnels participants. La Régie verse le montant des honoraires aux clients, qui remboursent leurs dentistes ensuite. Les clients des professionnels "non participants" doivent assumer eux-mêmes les frais d'honoraires et n'ont droit à aucun remboursement par la Régie.

En plus de ce qui précède, 15 dentistes recevaient un salaire à plein temps de la RAMQ, pour lequel ils dispensaient des services aux personnes admissibles en vertu du programme de soins dentaires. Un autre groupe de 36 dentistes étaient rémunérés à la vacation (pour une période complète de trois heures). Ces deux catégories de dentistes travaillent dans des hôpitaux, des DSC, des CLSC ou des prisons.

4.10.4 Administration

Comme on en a déjà fait mention, la Régie administre le programme de soins dentaires pour le compte du ministère des Affaires sociales (MAS). Les conditions de fonctionnement du programme sont fixées par le MAS ou sont l'aboutissement de négociations entre le Ministère et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. La Régie est un organisme quasi indépendant chargé de l'administration quotidienne de l'assurance dentaire et de l'assurance-santé, entre autres fonctions administratives. En fait, pour les professionnels de la santé en pratique privée, la RAMQ est l'agent payant des comptes d'honoraires.

Comme pour le régime d'assurance-santé, le financement du programme de soins dentaires a subi plusieurs changements en particulier lors de l'adoption de la Loi sur le financement des programmes établis par le gouvernement fédéral en 1977. À l'heure actuelle, les revenus nécessaires pour compenser les dépenses des programmes de la Régie proviennent de deux sources. Premièrement, les employeurs doivent retenir et verser au gouvernement 3 p. 100 du salaire brut versé aux employés. Deuxièmement, le ministère des Finances puise les fonds nécessaires à même les recettes générales pour permettre à la Régie de remplir ses obligations. Il est facile de mal interpréter ce système de financement des services de santé au Québec. En effet, on a l'impression que la taxe de 3 p. 100 est une forme de prime d'assurance-maladie et que les sommes obtenues sont versées directement à la RAMQ pour financer les services de santé. Toutefois, étant donné que le versement n'est effectué que par les personnes qui travaillent et qu'il représente par conséquent une forme d'impôt sur leur revenu, on ne peut considérer ce type de paiement comme une prime d'assurance-maladie. De plus, et cette remarque est aussi importante, les sommes obtenues de cette façon ne sont pas versées au ministère des Affaires sociales ou à la Régie pour administrer les programmes de santé, mais sont recueillies par le ministère du Revenu, avec les autres impôts sur le revenu, et sont déposées dans le trésor provincial. En résumé, le programme de soins dentaires du Québec est financé à même les recettes générales de la province.

Le patient n'a pas à payer de franchise ou de copaiement lorsqu'il obtient des services dentaires en vertu du régime. Si un dentiste est désengagé, il doit aviser par écrit le bénéficiaire avant le traitement, afin que celui-ci sache que le dentiste s'attend à être payé directement par lui. Le patient peut alors réclamer le remboursement de la Régie.

Comme il a été déjà mentionné, la plupart des services dentaires sont rendus par des dentistes en clientèle privée rémunérés à l'acte. Les spécialistes et les généralistes reçoivent les mêmes honoraires pour les mêmes interventions. La Régie utilise un service perfectionné pour régler les demandes de paiement présentées par les dentistes participants. Ce système est presque complètement informatisé, ce qui fait qu'il s'écoule relativement peu de temps entre la réception de la demande de paiement et l'émission du chèque. En conservant le système traditionnel de traitement par un dentiste en clientèle privée, le programme laisse aux patients toute latitude dans le choix du dentiste. Comme il a été signalé plus haut, les dentistes participants ou désengagés ne sont pas autorisés à surfacturer leurs patients.

La RAMQ utilise plusieurs mécanismes administratifs pour surveiller le fonctionnement du programme de soins dentaires, dont le plus important est l'élaboration du profil du dentiste praticien. À cet effet, il faut en général rassembler les informations suivantes :

— le coût total des services dispensés durant une certaine période;
— le coût moyen par patient;
— le nombre moyen de traitements assurés par patient;
— la fréquence de certaines interventions bien définies;
— le coût moyen réclamé par traitement;
— la répartition des patients par âge et par sexe.

Le profil d'un dentiste en pratique peut être comparé à celui d'un groupe de ses collègues, afin de déterminer si sa pratique s'écarte d'une façon excessive du type de traitements assurés par les autres dentistes. Naturellement, dans la grande majorité des cas il n'y a pas de problème. Toutefois, si une analyse détaillée révèle des disparités importantes qui ne peuvent être expliquées ou justifiées, la Régie peut alors prendre plusieurs mesures. La première et la plus simple consiste à demander des explications au dentiste en cause. Le plus souvent, cela suffira à régler le problème. Dans le cas contraire, la Régie peut soumettre le cas à l'un des deux comités compétents suivants : le comité d'appréciation des relevés d'honoraires dans le cas des généralistes, ou le comité de conciliation des honoraires, dans le cas des spécialistes. Les cas plus complexes peuvent être renvoyés devant un comité de révision qui compte sept membres, dont cinq dentistes nommés par l'Ordre des dentistes du Québec et par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec; un autre membre est un avocat nommé par l'Office des professions du Québec, et le dernier un fonctionnaire de la RAMQ. Celui-ci n'a pas droit de vote sur les affaires présentées au comité. La composition du comité de révision est donc analogue à celle des comités d'autres provinces.

Une deuxième méthode de surveillance consiste à prélever un échantillonnage (1p. 100) des demandes de paiement et à déterminer si les services afférents ont été effectivement dispensés. À cet effet, la Régie demande au patient de confirmer par écrit qu'il a bien reçu les services en question. En général, cette méthode a permis de constater que les services pour lesquels une demande de paiement était présentée avaient bien été dispensés.

Souvent dans le passé, l'un des aspects critiques de l'administration du programme de soins dentaires pour les enfants du Québec a été le processus de négociation entre le gouvernement et la profession dentaire. Lors de l'annonce de la mise sur pied du programme, la profession dentaire et le gouvernement ont négocié pendant trois ans avant que le ministère des Affaires sociales ne mette le programme en oeuvre en 1974, de façon quasi unilatérale Étant donné l'opposition intense suscitée par le programme, il est surprenant de constater que, dans l'espace de six mois, 75 p. 100 des dentistes du Québec se soient affiliés. Comme on l'a mentionné plus haut, plus de 90 p. 100 des dentistes québécois participent maintenant au programme. Une fois le programme en place, les communications entre le gouvernement et la profession dentaire n'ont pas été très efficaces. La situation s'est détériorée avec le temps, en particulier parce que les dentistes continuaient d'être rémunérés d'après le barème d'honoraires de 1974, alors que le coût des services dentaires avait augmenté rapidement en raison du taux élevé d'inflation au milieu des années soixante-dix. En 1978, aucun nouveau barème n'étant négocié, les dentistes ont recouru à des mesures plus extrêmes pour manifester leur mécontentement : retrait de services par roulement, augmentation du nombre des dentistes désengagés et campagnes publiques par le biais de divers médias. Petit à petit, ces moyens de pression ont produit des résultats et, en avril 1979, presque cinq ans après la signature du dernier accord, une nouvelle entente a été signée. Malheureusement, le cycle s'est répété et aucun nouveau barème n'a été négocié avant une autre période de trois ans. L'accord actuellement en vigueur remonte au 8 août 1982. Comme on l'a déjà fait remarquer, cet accord exclut un grand nombre d'enfants du bénéfice des soins préventifs et curatifs. De plus, il prévoit d'importantes réductions des honoraires pour certains types de services. Il est à remarquer que dans certaines autres provinces où, lorsque les négociations ont échoué, on applique une clause d'échelle mobile automatique, le solde seul restant à négocier.

4.10.5 Utilisation

Le tableau 4.34 présente des données sur la croissance du programme de soins dentaires pour les enfants du Québec au cours des huit premières années de son fonctionnement. La première année ne couvre que huit mois. Ce tableau donne le nombre d'enfants admissibles et le nombre d'enfants utilisant les services dentaires au cours de chaque année civile. Les deux dernières colonnes présentent l'utilisation en pourcentage. Naturellement, le chiffre le plus pertinent est celui de l'utilisation en pourcentage par les enfants de cinq à neuf ans. Si l'on se concentre sur les jeunes de ce groupe d'âge, on peut observer une augmentation remarquable de la proportion d'entre eux qui bénéficient de services dentaires. Par conséquent, non seulement les parents n'ont plus à payer directement les services dentaires, mais la proportion des enfants de cinq à neuf ans bénéficiaires du régime s'est accrue de deux tiers au cours de la période de six ans qui s'étend de 19?5 à 1981.

En ce qui concerne les soins assurés aux utilisateurs du régime, on trouvera au tableau 4.35 la répartition des services dentaires par catégorie de traitement et par année. Depuis 1975, le nombre moyen annuel d'examens par patient s'est situé entre 1,4 et 1,6 par année. Jusqu'à 1977, on remarque une augmentation du nombre de radiographies prises par patient et par année. Il est probable que c'est l'interruption des services en 1978 qui a eu pour effet d'abaisser ce chiffre à 2,79 cette année-là. Si le nombre moyen de radiographies par patient s'est rétabli en 1979, on peut remarquer que la tendance précédente à la hausse s'est enrayée et, en fait, les chiffres de 1980-1981 indiquent un recul modéré Cette diminution pourrait être liée au fait qu'une limite de 14 radiographies par enfant a été imposée dans le barème d'honoraires de 1979. Bien que des relevés d'honoraires pour plus de 14 radiographies

puissent encore être présentés dans des cas spéciaux, il n'y avait pas avant 1979, de limite définie sur le nombre de radiographies qui pouvaient être payées dans le cadre de l'examen de la cavité buccale. Il convient de remarquer ici que, dans certains programmes canadiens de soins dentaires pour les enfants, le nombre moyen de radiographies prises par année est aussi faible que 0,8 par patient (Île-du-Prince-Édouard en 1978) et 1,1 par patient (Saskatchewan en 1978-1979). Depuis août 1982, les radiographies ne constituent plus un service de l'examen en ce qui concerne les honoraires, en vertu du programme de soins dentaires pour les enfants du Québec.

Tableau 4.34
Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec
Utilisation, de 1974 à 1981

Année	Groupe d'âge assuré	Nombre d'enfants admissibles	Nombre d'utilisateurs	Utilisation en pourcentage	Utilisation en pourcentage[a] des enfants de 5 à 9 ans
1974[b]	0–7	793 486	136 686	17,2	—
1975	0–8	824 193	213 437	25,9	43,6[c]
1976	0–10	928 030	336 044	36,2	57,4[d]
1977	0–11	1 133 436	483 403	42,6	64,8
1978	0–13	1 343 600	564 516	42,0	62,0[e]
1979	0–14	1 433 718	731 450	51,0	68,9
1980	0–15	1 525 671	833 616	54,6	73,0
1981	0–15	1 481 654	882 657	59,6	75,7
1982	0–15	1 487 377	877 082	59,0	75,7

a. Les pourcentages sont basés en partie sur les projections démographiques de Statistiques Canada (publication nº 91-520) qui diffèrent légèrement des données internes de la RAMQ.
b. Sur la base d'une période de fonctionnement du programme de huit mois.
c. Pour les enfants de 5 à 7 ans seulement.
d. Pour les enfants de 5 à 8 ans seulement.
e. Utilisation perturbée par les dentistes qui se sont désengagés du programme temporairement pour hâter la révision du contrat.

Tableau 4.35
Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec
Nombre moyen de services par utilisateur, de 1974 à 1981

Année	Groupe d'âge assuré	Nombre moyen de services					
		Examen	Radiographie	Prévention	Restauration	Endodontie	Extraction
1974[a]	5–7	1,17	2,68	1,90	2,20	0,10	1,02
1975	5–8	1,41	2,84	2,49	2,62	0,16	1,16
1976	5–9	1,47	3,16	2,85	2,53	0,14	0,88
1977	5–11	1,49	3,33	3,06	2,49	0,14	0,74
1978[b]	5–13	1,45	2,79	2,85	2,23	0,14	0,63
1979[c]	5–14	1,43	3,26	3,31	2,73	0,25	0,57
1980	5–15	1,41	3,04	3,43	2,63	0,32	0,48
1981	5–15	1,58	3,00	3,86	2,87	0,33	0,39

a. Sur la base de huit mois de fonctionnement du programme.
b. Données perturbées par le désengagement temporaire de dentistes.
c. Nouveau barème d'honoraires négocié en 1979.

La cinquième colonne du tableau 4.35 donne le nombre moyen annuel des soins de prévention, comprenant prophylaxies, applications topiques de fluorure et séances d'enseignement des mesures d'hygiène buccale. On observe ici une tendance nette à la hausse qui n'a été interrompue que par l'effet des retraits de 1978. L'élévation continue du nombre de soins de prévention dispensés représente un aspect intéressant, car une des modifications majeures du barème d'honoraires en 1979 consistait en une réduction de 80 p. 100 des honoraires prévus pour l'application topique de fluorure (de 10 à 2 $) et pour l'enseignement des mesures d'hygiène buccale (de 10 à 2 $). À première vue, il faudrait en conclure que la distribution des soins de prévention est plutôt indépendante du prix au moins dans le contexte du programme de soins dentaires du Québec. En ce qui concerne les traitements, les deux aspects les plus remarquables qui ressortent de l'examen des données sont l'augmentation récente du nombre moyen annuel de soins d'endodontie qui est passé de 0,14 à 0,33 et la baisse plutôt marquée du nombre moyen annuel d'extractions, qui est tombé de 1,2 à 0,4. Lorsqu'on examine ensemble ces deux tendances, en particulier la diminution du taux des extractions, on peut les interpréter comme des aspects très positifs.

Tableau 4.36
Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec
Nombre d'extractions pour 100 restaurations, de 1974 à 1981

Année	Groupe d'âge	Nombre d'extractions pour 100 restaurations
1974	5–7	46,3
1975	5–8	44,4
1976	5–9	34,6
1977	5–9	29,6
1978	5–9	28,1
1979	5–9	23,0
1980	5–9	21,1
1981	5–9	15,4

Pour nous étendre un peu sur ce dernier point, examinons le tableau 4.36 qui donne, pour un groupe d'âge plus ou moins fixe, l'évolution du rapport entre l'extraction et la restauration des dents des enfants du Québec. Bien que le groupe d'âge ne soit pas complètement homogène, d'après les données portant sur les huit dernières années, on peut voir que le nombre d'extractions pour 100 restaurations a beaucoup fléchi. Toutefois, même avec le chiffre de 1981, soit 15,4 extractions pour 100 obturations, il est évident d'après la documentation disponible que le taux d'extraction est encore relativement élevé, le seul signe encourageant étant que la tendance est dans la bonne direction.

On trouvera au tableau 4.37 la répartition globale des services dentaires par catégorie et par année. L'information la plus intéressante tirée de ce tableau est qu'en 1981, près de 71 p. 100 des interventions ont été effectuées dans les trois catégories suivantes : examen, radiographie et prévention. Les services de restauration ne constituaient que 23 p. 100 de tous les services fournis. Étant donné que le programme a subi des réductions draconiennes au chapitre des honoraires applicables à la plupart des catégories de services de prévention, il est quelque peu surprenant que la prévention ait continué à représenter une proportion croissante de tous les services dispensés. Le tableau indique qu'en proportion de tous les services, la prévention est passée de 22 à 33 p. 100. Comme les changements ont été apportés au barème des honoraires en 1979, il est possible que trop peu de temps se soit écoulé pour que la tendance attendue se manifeste. Dans une certaine mesure, la situation est la même pour les services de restauration. Dans ce cas, les augmentations relatives des honoraires n'ont pas été accompagnées d'une croissance des services de restauration dispensés. C'est seulement dans le cas des services d'endodontie que le rapport normal des prix à la distribution des services paraît s'affirmer.

Tableau 4.37
Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec
Répartition des services dentaires par catégorie et par année

Année	Groupe d'âge assuré	Pourcentage						
		Examen	Radio-graphie	Prévention	Restau-ration	Endo-dontie	Extrac-tion	Autres
1974	0–7	13,7	29,6	22,2	22,8	1,4	10,2	0,1
1975	0–8	14,2	28,0	25,6	23,0	1,5	7,6	0,1
1976	0–9	14,0	27,5	29,5	21,5	1,3	6,1	0,1
1977	0–11	13,5	28,2	30,4	21,3	1,2	5,4	0,0
1978	0–13	14,6	28,1	28,6	22,1	1,2	5,4	0,0
1979	0–14	12,8	27,9	29,6	22,8	2,3	4,6	0,0
1980	0–15	12,9	26,5	31,3	22,4	2,9	4,0	0,0
1981	0–15	13,5	24,4	33,0	23,3	2,8	3,0	0,0

4.10.6 Dépenses

Comme on s'y attendrait pour une province de l'importance du Québec, qui compte plus d'un million d'enfants admissibles au programme de soins dentaires, les dépenses publiques globales au titre de ce programme sont considérables. On peut voir d'après le tableau 4.38 que les dépenses du programme sont passées d'un peu plus de sept millions de dollars en 1974 à près de 85 millions de dollars en 1981. Une telle progression peut sembler alarmante, mais il faut se rendre compte que les dépenses ont augmenté pour les trois raisons suivantes : 1) le nombre des enfants assurés s'est accru de 90 p. 100; 2) les groupes d'âge assurés ont changé et, par conséquent, la nature des problèmes dentaires; 3) le taux d'utilisation a de beaucoup augmenté, ce qui constitue l'un des principaux objectifs de tout programme de soins dentaires pour les enfants. La diminution des dépenses en 1982 est attribuable en grande partie aux réductions du champ d'action du programme imposées en août 1982.

Étant donné que le milieu des années soixante-dix était une période d'inflation élevée, il vaut la peine d'examiner les données relatives aux dépenses en dollars constants. C'est ce qui a été fait au tableau 4.38, qui donne les dépenses en dollars courants et constants de 1974 à 1981. Les dollars constants ont été obtenus en dégonflant les dépenses réelles d'après l'indice des prix à la consommation de Montréal, déterminé par Statistique Canada. D'après les résultats de ces calculs, on voit tout d'abord que l'augmentation totale des dépenses est considérablement plus modérée que ne le laissent entendre les chiffres en dollars courants. Deuxièmement, l'augmentation effectivement survenue doit être tempérée par le fait que la taille et l'éventail d'âges de la population admissible se sont beaucoup élargis. Troisièmement, il appert que les dépenses par utilisateur ont baissé de 1974 à 1978, pour remonter à la suite de la renégociation du barème des honoraires, et pour ensuite diminuer à nouveau. En 1981, les dépenses par utilisateur étaient plus faibles qu'en 1974. Cette constatation est relativement importante, étant donné que l'utilisateur moyen est maintenant beaucoup plus âgé et qu'il a besoin d'une plus grande diversité de services.

C'est en examinant la structure des tarifs dentaires qu'on peut le mieux expliquer l'évolution des dépenses. À cette fin, le tableau 4.39 donne les tarifs pour plusieurs services bien définis, pour les années 1974, 1979 et 1982. Les données indiquent que les tarifs pour les examens dentaires sont passés de 11 $ en 1974 à 17,25 $ en 1982. Il faut cependant remarquer qu'en 1982, les tarifs pour les radiographies ont été inclus dans les tarifs pour l'examen. Durant la même période, les tarifs pour les séances d'enseignement des mesures d'hygiène buccale sont passés de 10 à 2 $, ceux pour la prophylaxie demeurant constants, bien qu'ils soient passés à 10 $ en 1979; les tarifs pour l'application topique de fluorure sont également tombés de 10 à 2 $. Dans le cas des obturations d'amalgame, des pulpotomies et des extractions, les tarifs ont été augmentés en 1979 et en 1982. Le tableau est quelque peu modifié lorsque les tarifs pour 1982 sont examinés en termes de dollars constants de 1974. Les examens dentaires valent maintenant 9,21 $, en dollars de 1974, mais ils comprennent toutes les radiographies nécessaires, ce qui n'était pas le cas en 1974. La séance d'enseignement des mesures d'hygiène buccale, ainsi que l'application topique de fluorure, valent chacune un peu plus d'un dollar (1974). Dans l'ensemble, les restaurations d'amalgame ont augmenté d'environ 35 p. 100 par rapport à leur valeur en 1974. Le prix des pulpotomies n'a à peu près pas varié et le prix des extractions a subi un léger fléchissement en dollars constants.

Tableau 4.38
Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec
Dépenses en dollars courants et constants (1974), de 1974 à 1982

Année	Total des dépenses		Dépenses par utilisateur	
	Dollars courants	Dollars constants[a]	Dollars courants	Dollars constants
1974[b]	7 233 210 $	7 233 210 $	52,92 $	52,92 $
1975	12 977 464	11 702 552	60,80	54,83
1976	21 624 831	18 268 229	64,35	54,36
1977	31 568 094	24 606 309	65,30	50,90
1978[c]	33 867 070	24 064 989	55,99	42,63
1979[d]	62 711 915	40 834 121	85,74	55,83
1980	76 152 447	44 946 022	91,35	53,92
1981	84 698 885	45 244 670	95,96	51,26
1982	77 254 766	36 809 102	88,08	41,97

a. Dépenses dégonflées d'après l'indice moyen annuel des prix à la consommation de Montréal, 1974 = 100.
b. Sur la base de huit mois de fonctionnement du programme.
c. Chiffres perturbés par le désengagement temporaire de dentistes.
d. Les dépenses reflètent les nouveaux tarifs du barème renégocié.

Tableau 4.39
Programme de soins dentaires pour les enfants du Québec
Tarifs selon l'année, pour certains services

Catégorie de services	Tarifs en dollars			
	1974	1979	1982	1982 en dollars constants de 1974
Examen	11,00	13,00	17,25	9,21
Radiographie	3,00/1,50	3,75/2,00	—	—
Enseignement	10,00	2,50	2,00	1,07
Prophylaxie	5,00	10,00	5,00	2,67
Application topique de fluorure	10,00	4,00	2,00	1,07
Amalgame (2 sur.)	12,00	19,50	31,00	16,56
Pulpotomie	14,00	24,00	26,00	13,89
Extraction	6,00/3,00	7,75/4,00	9,50/4,40	5,07/2,35

4.10.7 Programmes spéciaux

Le gouvernement du Québec offre également plusieurs programmes de soins dentaires spéciaux, dont les plus importants sont les programmes mis en oeuvre dans les 32 départements de santé communautaire, et dans les divers centres locaux de services communautaires. Si l'on ne dispose que de peu de renseignements concrets sur ces programmes, ils sont cependant importants, et ils comportent un grand nombre de soins dentaires. Ces programmes emploient environ 20 dentistes (équivalent plein temps) et de 200 à 250 hygiénistes dentaires. Les programmes des DSC et des CLSC sont axés sur la prévention, en particulier depuis août 1982, lorsque des postes additionnels d'hygiénistes dentaires ont été alloués aux DSC pour dispenser des services dentaires de prévention à certains des enfants de 0 à 11 ans qui n'étaient plus admissibles au programme de soins dentaires pour les enfants de la RAMQ. Les programmes des DSC et des CLSC visent surtout le milieu scolaire. On ne dispose pas actuellement d'informations sur leurs budgets.

Le gouvernement provincial finance également des cliniques de traitement d'été à l'intention des enfants, particulièrement des enfants handicapés. Ce programme fonctionne par l'intermédiaire des cliniques dentaires des trois facultés de médecine dentaire du Québec. Ce programme a un passé riche de réalisations et il permet d'offrir des traitements dentaires à de nombreux enfants qui, autrement, pourraient ne pas en bénéficier. Le budget global de ce programme est d'environ 250 000 dollars.

Naguère, la province subventionnait ou payait complètement l'installation du matériel de fluoration de l'eau. Toutefois, en 1978, on a déclaré un moratoire sur la fluoration de l'eau au Québec et aucun nouveau système n'a été adopté depuis. Environ 16 p. 100 de la population québécoise consomme de l'eau fluorée.

4.11 Le régime d'assurance dentaire de la Saskatchewan

Le *Saskatchewan Health Dental Plan* (SHDP), régime de soins dentaires pour les enfants offert à l'échelle de la province*, a été annoncé en mars 1972 et mis sur pied en septembre 1974; ce programme prévoyait au départ le traitement des enfants de six ans. Depuis 1974, d'autres cohortes d'âge ont été ajoutées aux bénéficiaires du programme, de sorte qu'en 1982-1983, les enfants de 5 à 16 ans étaient admissibles. Au fil des années, une grande partie des traitements dentaires couverts par ce programme ont été dispensés par des thérapeutes dentaires (auparavant appelés infirmières dentaires) qui taillent les dents et mettent en place les obturations, effectuent l'anesthésie locale et procèdent aux extractions simples, entre autres tâches. Ce personnel est formé au Wascana Institute à Regina. Le programme d'enseignement, d'une durée de deux ans, a été élaboré pour entrer en vigueur en même temps que le SHDP, en vue de répondre aux besoins de personnel du régime. Bien qu'un programme plus limité de soins dentaires pour les enfants, faisant appel à des infirmières dentaires, existe au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest depuis plus longtemps que le SHDP, et que des programmes de traitement financés par le gouvernement fédéral et destinés aux autochtones du Canada emploient actuellement des infirmières dentaires, il n'y a aucun doute que le programme de la Saskatchewan constitue l'exemple le plus marquant de ce type de prestation de services dentaires en Amérique du Nord. Le fait que cette innovation ait eu lieu sur une si grande échelle en Saskatchewan n'a pas de quoi étonner, puisque cette province du Canada a toujours été à l'avant-garde en matière de programmes de services sociaux.

Le gouvernement a mis sur pied le SHDP en réaction à des enquêtes sur la santé dentaire, qui démontraient que les enfants de la province présentaient un taux élevé d'affections bucco-dentaires et qu'en général, peu d'entre eux recevaient des traitements adéquats. Cette situation était attribuable en partie au nombre relativement faible de dentistes en Saskatchewan à l'époque, et à une répartition défavorable et persistante des dentistes qui faisait qu'une partie importante de la population rurale de la province était insuffisamment desservie. En 1962, une délégation de trois personnes (l'une représentant la profession dentaire et les deux autres le gouvernement) a été chargée de visiter la Nouvelle-Zélande et de présenter un rapport sur le programme d'infirmières dentaires publiques dans ce pays. Par la suite, entre 1970 et 1973, dans le cadre d'une étude spéciale, une équipe composée de dentistes, d'infirmières dentaires et d'autres auxiliaires dentaires a dispensé des services dentaires dans la région d'Oxbow, dans le sud-est de la Saskatchewan. Cette étude a démontré qu'il était possible de dispenser des soins dentaires de qualité en faisant appel à des infirmières dentaires.

Dans le contexte que nous venons d'exposer et grâce aux enseignements tirés de plusieurs études et rapports qui ont suivi, on a fini par élaborer un programme de soins dentaires dispensés principalement par des équipes composées d'infirmières dentaires et d'assistantes dentaires (agissant en grande partie sans la supervision de dentistes**) dans des cliniques dentaires rattachées à des écoles, cela pour rendre les services plus facilement accessibles. En plus, une clinique plus spacieuse a été créée en dehors des établissements scolaires, à destination de laquelle le transport des enfants est assuré. Toutefois, dans l'ensemble, c'est au personnel dentaire qu'incombe l'inconvénient du transport vers les cliniques rattachées aux écoles.

Les dentistes en clientèle privée, représentés par le Collège des chirurgiens dentistes de la Saskatchewan, n'ont pas accueilli avec enthousiasme ce modèle de prestation de services dentaires. Le collège approuvait certes le recours à des infirmières dentaires, mais il insistait pour que celles-ci travaillent sous la surveillance directe de dentistes, comme dans l'expérience d'Oxbow. Bien que, depuis 1974, une partie des services dentaires dispensés en vertu du SHDP l'aient été par des dentistes en clientèle privée dans toute la province, en cas d'urgence ou lorsque les patients leur étaient adressés, ce n'est qu'à partir du 1er septembre 1981 que les dentistes en clientèle privée ont

* En fait, les données présentées ici ne tiennent pas compte des régimes d'assurance dentaire pour les enfants du nord de la Saskatchewan qui sont administrés par la *Northern Health Services Branch, Department of Health*, en consultation avec les responsables du SHDP.

** Le régime prévoit en général un dentiste surveillant pour sept équipes composées de thérapeutes et d'assistantes dentaires.

vraiment commencé à participer au programme. À cette date, à la suite de négociations avec le Collège des chirurgiens dentistes de la Saskatchewan, il a été prévu que les dentistes en clientèle privée soigneraient les enfants de 14 ans et plus inscrits au programme et fréquentant certains établissements d'enseignement secondaire désignés. Le ministère de la Santé a accepté de verser une somme au Collège des chirurgiens dentistes pour chaque jeune qui rendrait une ou plusieurs visites à un dentiste participant. À son tour, le Collège des chirurgiens dentistes rémunérait à l'acte les dentistes participants, d'après le barème des honoraires établi par le collège pour ce programme.

4.11.1 Admissibilité

L'âge et la résidence dans la province sont les conditions d'admissibilité au SHDP. En 1974-1975, les enfants nés en 1968, dont la plupart avaient alors six ans, sont devenus admissibles. Avec les années, des groupes d'âge additionnels sont progressivement devenus admissibles. En 1981-1982, les enfants nés de 1966 à 1977 (c'est-à-dire âgés de 4 à 15 ans), étaient admissibles. Comme l'indique le tableau 4.40, le nombre total des enfants admissibles a été multiplié par 12 de 1974-1975 à 1981-1982. Au cours de la même période, le nombre des enfants inscrits au programme a été multiplié par 14, et même plus, si l'on tient compte du nombre croissant des autochtones inscrits. En 1982-1983, l'intervalle d'âges a été modifié et les enfants de 5 à 16 ans étaient désormais admissibles. On croit que ce groupe d'âge continuera à être desservi dans un proche avenir, puisqu'il s'agit d'un programme dentaire axé sur les écoles, et que ce sont les enfants de cet âge qui fréquentent l'école. En 1982-1983, les enfants nés en 1966, 1967 et 1968 ont été définis comme des "adolescents" pour bien déterminer l'endroit où leurs traitements dentaires seraient dispensés.

Tableau 4.40
Régime de soins dentaires de la Saskatchewan
Enfants admissibles, de 1974 à 1982

Année[a]	Groupe d'âge assuré[b]	Nombre d'enfants admissibles	Nombre d'enfants inscrits au programme	Pourcentage des enfants inscrits au programme	Autres groupes d'enfants inscrits	
					Oxbow[c]	Autochtones[d]
1974-75	5–7	14 347	10 924	76,1	2 146	70
1975-76	4–8	43 152	35 434	82,1	1 598	539
1976-77	4–10	69 885	58 789	84,1	577	1 442
1977-78	4–11	99 110	81 557	82,3	421	2 123
1978-79	3–13	128 819	106 492	82,7	33	3 226
1979-80	3–14	142 182	118 004	83,0	—	4 135
1980-81	3–15	155 357	129 669	83,5	—	5 004
1981-82[e]	3–16	177 631	149 743	84,3	—	—

a. L'année de fonctionnement du programme va du 1er septembre au 31 août.
b. Tous les enfants du premier et du dernier groupe d'âge ne sont pas admissibles au cours d'une année donnée. Ainsi, dans le premier groupe d'âge, seuls les enfants nés entre septembre et décembre sont admissibles alors que, dans le dernier groupe d'âge, ceux nés de janvier à août sont admissibles au cours d'une année donnée.
c. Ces enfants n'entrent pas dans un groupe d'âge admissible, mais ils ont été inscrits à cause de leur participation au projet pilote initial.
d. Les autochtones sont admissibles s'ils remplissent les critères d'âge et s'ils fréquentent des écoles intégrées. En 1981-1982, 47,9 % des enfants admissibles étaient inscrits.
e. Pour la première fois, sont comptés les enfants de la *Swift Current Health Region*.

4.11.2 Services dentaires assurés

Le programme couvre un vaste éventail de services diagnostiques, de soins de prévention et de traitements. Les soins orthodontiques majeurs constituent la principale exclusion. L'importance donnée à des services de prévention particuliers offerts dans les cliniques a évolué. Par exemple, on a donné de plus en plus de conseils en matière de nutrition aux patients à partir de 1976-1977, et une importance particulière a été accordée aux agents de scellement des fissures depuis 1980. À compter de 1975-1976, les radiographies ont été faites selon les besoins de chacun au

lieu d'être pratiquées plus ou moins couramment sur tous les patients. De même, dans les cliniques scolaires, on a tendance à ne plus poser, de façon courante, d'obturations aux dents antérieures centrales et latérales temporaires, ni aux dents temporaires branlantes que l'enfant va probablement perdre dans les prochains six mois. On trouvera ci-après un résumé des services dentaires visés par le régime.

Tableau 4.41
Régime de soins dentaires de la Saskatchewan
Services dentaires assurés

- Contacts avec les parents
- Examen
- Radiographie
- Services de prévention
  - Prophylaxie
  - Application topique de fluorure
  - Conseils en nutrition
  - Enseignement des mesures d'hygiène buccale
  - Agents de scellement des fissures
- Traitement orthodontique
  - Maintien d'espace
  - Autres traitements orthodontiques mineurs
- Restauration
  - Amalgame
  - Composite
  - Couronne
- Endodontie
  - Cupule pour coiffage de la pulpe
  - Pulpotomie
  - Obturation des canaux radiculaires
- Extraction
- Autres
  - Voir note b, tableau 4.42

4.11.3 Ressources humaines et cadre des services

Depuis la mise sur pied du SHDP, les services ont été dispensés principalement dans les cliniques rattachées aux écoles, réparties dans les six régions administratives du programme, en fonction de la densité de la population. Il y avait 215 cliniques permanentes en 1974-1975; en août 1982, on en comptait 526. À la suite du changement de politique en vertu duquel on a chargé les dentistes en clientèle privée de dispenser les soins dentaires aux adolescents dans certaines régions, onze cliniques rattachées à des écoles secondaires ont été progressivement fermées. Au cours de l'année financière 1982-1983, il ne restait pas plus de 515 cliniques en activité.

Le personnel salarié du SHDP est passé de 140 employés (personnel administratif et clinique) en 1974-1975, à 445 en 1983-1984. En ne tenant pas compte des dentistes qui occupaient des postes administratifs supérieurs, 88 p. 100 de ces 445 employés étaient du personnel clinique, soit 23 dentistes, 6 hygiénistes dentaires, 164 thérapeutes dentaires et 198 assistantes dentaires autorisées. En 1982-1983, le nombre des employés permanents a décru pour répondre à l'élimination progressive des cliniques rattachées aux établissements d'enseignement secondaire et à la plus grande participation des dentistes en clientèle privée au traitement des adolescents.

Depuis le début du SHDP, des dentistes en clientèle privée, rémunérés à l'acte, dispensaient des soins d'urgence et des soins aux patients adressés à leurs cabinets, dans certaines localités. Une participation accrue des dentistes en clientèle privée a été négociée en 1981, lorsque le Collège des chirurgiens dentistes de la Saskatchewan s'est chargé des services dentaires aux adolescents dans certaines régions. D'après le collège, 93 p. 100 de ses membres actifs ont accepté de participer à ce que l'on a appelé officieusement "le programme pour adolescents du SHDP".

Le lieu où l'adolescent est traité (cabinet dentaire ou clinique affiliée au programme) dépend de la désignation de l'école fréquentée. Les écoles ayant des classes de 9e et 10e année et situées dans un rayon de 50 kilomètres du cabinet d'un dentiste généraliste entrent dans la catégorie des écoles desservies par cabinet privé. Regina et Saskatoon font exception à la règle; mais dans ces agglomérations, environ 50 p. 100 des établissements d'enseignement secondaire ont été inclus dans cette catégorie. En 1981-1982, 87 des 850 écoles de niveau secondaire étaient désignées comme écoles desservies par cabinet privé. En 1982-1983, leur nombre était de 135. Afin d'encourager l'établissement de cabinets privés dans les régions moins urbanisées, on a favorisé la désignation des écoles dans la catégorie des écoles desservies par cabinet privé; en septembre 1983, tous les établissements d'enseignement secondaire de Regina et de Saskatoon ont été désignés comme écoles desservies par cabinet privé.

4.11.4 Administration

Le SHDP est financé à même les recettes générales de la province. Il n'y a pas de frais modérateurs. Le Collège des chirurgiens dentistes reçoit une somme fixe par patient afin de coordonner et de rembourser les services dentaires dispensés aux adolescents par les dentistes en clientèle privée participants. En 1981-1982, cette somme était de 103 $ pour chaque adolescent qui se prévalait du programme au moins une fois. En 1982-1983, le montant négocié était de 99 $ par adolescent. Le collège rémunère à l'acte les dentistes en clientèle privée, d'après un barème d'honoraires fixé par le collège pour le programme des adolescents.

4.11.5 Utilisation

Les données de la Saskatchewan, telles qu'elles sont présentées ne permettent pas de calculer le taux d'utilisation comme on l'a fait ailleurs dans le présent rapport. Toutefois, on estime que, même si l'inscription au programme ne garantit pas qu'il y a toujours eu traitement, presque tous les enfants inscrits au programme clinique ont été traités au cours de l'année indiquée. On peut donc avoir une idée du taux d'utilisation en consultant le pourcentage d'inscriptions donné au tableau 4.40 dans la colonne sur l'admissibilité. Après l'année de départ, dans l'ensemble, le taux d'inscription a été élevé : de 82 à 84 p. 100. Le taux d'inscription des enfants plus âgés, nés en 1966 et 1967, a été légèrement mais constamment plus faible, se situant entre 72 et 80 p. 100.

On trouvera au tableau 4.42 la répartition du total des interventions dentaires de 1974-1975 à 1981-1982. Les données comprennent les services fournis aux adolescents par les dentistes en clientèle privée. Dans ses propres rapports annuels, le SHDP compte les "contacts avec les parents" comme des services distincts. Dans le présent rapport (tableau 4.42), les "contacts avec les parents" ne sont pas compris afin d'uniformiser les données avec celles des autres programmes de soins dentaires présentés. Sur les catégories traditionnelles de services cliniques, les examens représentaient 9 p. 100 de toutes les interventions 1974-1975, chiffre qui s'est élevé à 20 p. 100 en 1981-1982. En 1974-1975, les radiographies représentaient 22,6 p. 100 des interventions mais, en raison du changement de politique imposé en 1974-1975, précédemment mentionné, la fréquence relative des radiographies a diminué et a fluctué entre 8 et 12 p. 100 depuis 1976-1977. Les 10 p. 100 de traitements inclus sous la rubrique "autres" en 1981-1982 comprennent les agents de scellement des fissures, dont le nombre a augmenté de façon marquée en 1981-1982 pour passer à 45 569, contre 214 en 1980-1981.

Tableau 4.42
Régime de soins dentaires de la Saskatchewan
Répartition des services par catégorie, de 1974 à 1982[a]

Année	Groupe d'âge assuré	Pourcentage							
		Examen	Radio-graphie	Pré-vention	Restau-ration	Endo-dontie	Ortho-dontie	Extrac-tion	Autres[b]
1974-75	5–7	9,2	22,6	24,0	4,7	2,9	0,3	2,9	3,5
1975-76	4–8	10,8	15,4	29,8	32,8	3,7	0,1	2,4	4,9
1976-77	4–10	12,4	8,9	35,6	29,3	2,5	0,7	2,8	7,9
1977-78	4–11	14,9	11,8	36,5	24,4	2,3	0,6	2,2	7,3
1978-79	3–13	16,5	11,9	37,1	22,7	1,7	0,7	2,7	6,8
1979-80	3–14	19,5	8,4	40,3	20,7	1,5	0,7	2,7	6,2
1980-81	3–15	21,9	7,8	40,4	18,8	1,3	0,4	2,6	6,7
1981-82	3–16	19,8	10,0	36,8	19,1	1,2	0,5	2,6	10,1

a. La catégorie de service "contacts avec les parents" a été omise, pour uniformiser les données avec celles des autres programmes.
b. Les autres services comprennent les modèles d'étude, le polissage d'amalgame, les agents de scellement des fissures, les tenons de rétention, la taille au disque, les pansements sédatifs, les soins parodontaux, d'autres services chirurgicaux et, à partir de 1981-1982, certaines prothèses.

Comme on peut le voir au tableau 4.42, les soins de prévention ont représenté une part croissante des services dispensés, puisqu'ils sont passés graduellement de 24 p. 100 en 1974-1975 à 40,4 p. 100 en 1980-1981, pour tomber ensuite à 36,8 p. 100 en 1981-1982*. Dans l'ensemble, les services diagnostiques et les soins de prévention représentaient 55,8 p. 100 de toutes les interventions en 1974-1975, pour passer à 70,1 p. 100 en 1980-1981. En 1981-1982, les services diagnostiques et les soins de prévention représentaient 66,6 p. 100 de toutes les interventions.

La fréquence relative des services de restauration dentaire a fléchi. Comme l'indique le tableau 4.42, la diminution a été régulière de 1974-1975 à 1980-1981, après quoi, le niveau s'est stabilisé à 19 p. 100. En général, cette tendance s'applique aux traitements d'endodontie qui sont passés de 2,9 p. 100 en 1974-1975 à 1,2 p. 100 en 1981-1982. Les traitements orthodontiques, principalement la pose de dispositifs de maintien d'espace, sont demeurés stationnaires depuis 1976-1977, se situant entre 0,4 et 0,7 p. 100, tout comme le nombre des extractions, qui s'est situé entre 2,2 et 2,9 p. 100. La catégorie "autres" a commencé à 3,5 p. 100, pour faire un bond rapide et s'établir ensuite entre 6,2 et 7,9 p. 100 jusqu'en 1980-1981. En 1981-1982, cette catégorie a affiché une autre augmentation que l'on attribue à l'usage croissant des agents de scellement des puits et fissures de l'émail comme mesure préventive.

Tableau 4.43
Régime de soins dentaires de la Saskatchewan
Nombre moyen de services par enfant inscrit, de 1974 à 1982[a]

Année	Groupe d'âge assuré	Nombre moyen de services							
		Examen	Radiographie	Prévention	Restauration	Endodontie	Orthodontie	Extraction	Autres[b]
1974-75	5–7	0,98	2,41	2,56	3,71	0,31	0,03	0,31	0,37
1975-76	4–8	0,99	1,41	2,72	2,99	0,34	0,01	0,22	0,45
1976-77	4–10	1,06	0,76	3,05	2,51	0,21	0,06	0,24	0,68
1977-78	4–11	1,21	0,96	2,97	1,98	0,19	0,05	0,18	0,59
1978-79	3–13	1,24	0,89	2,78	1,70	0,13	0,05	0,21	0,51
1979-80	3–14	1,32	0,57	2,73	1,40	0,10	0,05	0,18[c]	0,42
1980-81	3–15	1,51	0,54	2,79	1,30	0,09	0,03	0,18[c]	0,46
1981-82	3–16	1,31	0,66	2,43	1,26	0,08	0,03	0,17[c]	0,67[d]

a. La catégorie de service "contacts avec les parents" a été omise, pour uniformiser les données avec celles des autres programmes présentés dans ce rapport.
b. Les autres services comprennent les modèles d'étude, le polissage d'amalgame, pour polissage, les agents de scellement des fissures (en particulier depuis 1980), les tenons de rétention, la taille au disque, les pansements sédatifs, les soins parodontaux, d'autres soins chirurgicaux et, à partir de 1981-1982, certaines prothèses.
c. Au cours de ces trois années, il a été pratiqué 0,06 extraction en moyenne aux fins de thérapeutique orthodontique.
d. En 1981-1982, l'utilisation d'agents de scellement des fissures, autrefois d'emploi peu fréquent, comptait pour une moyenne de 0,29 unité d'autres services (44 %).

Pris en abstraction du reste des données, les chiffres de répartition en pourcentage disent peu et peuvent même être trompeurs. Pour représenter de manière plus complète l'utilisation du SHDP, le tableau 4.43 présente le nombre moyen d'interventions par enfant inscrit, les enfants inscrits au programme étant utilisés comme mesure du nombre d'enfants traités. Si le tableau confirme en général l'observation faite plus haut, certaines conclusions ressortent maintenant plus clairement. Par exemple, le nombre des examens a certes augmenté, mais cette augmentation a été modérée. De même, le changement touchant les soins de prévention assurés n'est pas aussi évident lorsqu'on examine les chiffres par enfant inscrit. Par contre, la réduction du nombre moyen des restaurations et du nombre des extractions est considérablement plus apparente. En ce qui concerne les restaurations, plusieurs raisons peuvent rendre compte de la tendance observée, notamment : l'effet cumulatif des soins de prévention, les différences dans la répartition des âges d'une année du programme à l'autre, et le fait que le nombre

* Les agents de scellement des fissures, qui sont comptés comme soins de prévention dans les rapports du SHDP, sont ici compris dans les "autres services".

de caries des enfants du même âge lors de l'inscription au programme ait baissé avec le temps. Quant à la diminution du nombre des extractions, elle peut avoir en partie les mêmes causes que la diminution du nombre des restaurations. Il faut remarquer qu'il y aura toujours un petit nombre de dents extraites qui ne sont pas cariées, principalement pour remédier au chevauchement de dents permanentes.

Les détails du profil dentaire des adolescents nés en 1966 et 1967, traités soit dans des cabinets dentaires, soit dans les cliniques dentaires du programme, ont commencé à être publiés dans le rapport annuel du SHDP de 1981-1982. À cause de l'intérêt que présentent ces nouvelles données, on trouvera ci-après trois tableaux tirés de ce rapport. Il ne faut pas oublier que les enfants nés en 1966 et 1967 avaient été inscrits aux programmes cliniques du SHDP pendant les trois et cinq années précédentes, respectivement, et que les adolescents traités dans les cabinets privés venaient plus probablement de régions rurales.

D'après le tableau 4.44, la fréquence globale de la carie était un peu plus faible, mais le nombre moyen des dents cariées était plus élevé chez les adolescents traités par des dentistes en clientèle privée. D'après le tableau 4.45, on peut voir que le pourcentage des adolescents inscrits au programme qui ont été examinés au moins une fois était plus faible dans le programme de soins dentaires dispensés par des dentistes en clientèle privée que dans le programme de cliniques dentaires (79 p. 100 contre 97 p. 100 dans l'ensemble). L'analyse du tableau 4.46 sur les statistiques relatives aux interventions permet de constater que les adolescents traités par les dentistes en clientèle privée ont bénéficié de moins d'examens par personne (1,02 contre 1,19), de beaucoup plus de radiographies par personne (2,09 contre 0,85) et, à cause de leur plus grand nombre de caries, de plus d'obturations et d'extractions de dents permanentes par personne.

Tableau 4.44
Régime de soins dentaires de la Saskatchewan
Santé dentaire des adolescents inscrits, 1981-1982

Année de naissance	Source des services	Nombre moyen de dents				Pourcentage des enfants avec CAO = 0
		Cariées	Absentes	Obturées	CAO	
1966	Régime dentaire	1,28	0,47	6,62	8,39	3,84
	Dentistes généralistes	1,68	0,43	5,99	8,11	4,78
1967	Régime dentaire	1,22	0,34	5,64	7,21	3,88
	Dentistes généralistes	1,63	0,32	5,12	7,08	4,57

Tableau 4.45
Régime de soins dentaires de la Saskatchewan
Nombre d'adolescents inscrits qui ont utilisé les services dentaires, 1981-1982[a]

Année de naissance	Source des services	Nombre d'enfants inscrits	Nombre d'enfants examinés une fois ou plus	Pourcentage des enfants inscrits examinés une fois ou plus	Nombre d'enfants dont le traitement est terminé	Pourcentage des enfants inscrits dont le traitement est terminé
1966	Régime dentaire	6 693	6 337	94,68	6 079	90,83
	Dentistes généralistes	5 152	4 224	81,99	4 104	81,24
	Total partiel	11 845	10 561	89,16	10 183	85,97
1967	Régime dentaire	7 827	7 688	98,22	7 410	94,67
	Dentistes généralistes	4 287	3 273	76,35	3 181	74,20
	Total partiel	12 114	10 961	90,48	10 591	87,43
Total	Régime dentaire	14 520	14 025	96,59	13 489	92,90
	Dentistes généralistes	9 439	7 497	79,43	7 285	77,18
	Total	23 959	21 522	89,83	20 774	86,71

a. Source : Rapport annuel 1981-1982 *Saskatchewan Health Dental Plan*

Tableau 4.46
Régime de soins dentaires de la Saskatchewan
Principales interventions pratiquées sur les adolescents
nés en 1966 et 1967, 1981-1982[a]

Type d'interventions	Interventions par 1000 adolescents traités	
	Dentistes généralistes	Régime dentaire
Examen complet	999	947
Examen d'urgence de la cavité buccale	10	27
Examen particulier de la cavité buccale	12	229
Radiographie endo-buccale rétro-alvéolaire – un cliché	74	69
Radiographie endo-buccale rétro-alvéolaire – deux clichés	180	18
Radiographie endo-buccale rétro-alvéolaire – trois clichés	14	4
Radiographie endo-buccale rétro-alvéolaire – quatre clichés	53	2
Radiographie endo-buccale rétro-alvéolaire – cinq clichés	12	1
Radiographie endo-buccale vue occlusale – un cliché	1	2
Radiographie endo-buccale rétro-coronaire – un cliché	2	7
Radiographie endo-buccale rétro-coronaire – deux clichés	663	354
Prophylaxie dentaire, enseignement des mesures d'hygiène buccale et application topique de fluorure	758	857
Obturation en amalgame		
Dents permanentes – une face	877	628
Dents permanentes – deux faces	472	394
Dents permanentes – trois faces	116	106
Dents permanentes – quatre faces	16	17
Dents permanentes – cinq faces	4	3
Obturation en acrylique ou composite, Classe I ou V	53	70
Classe III	97	98
Classe IV	17	15
Obturation en acrylique ou composite avec mordançage, double classe IV (face distale et mésiale)	5	4
Obturation en plastique (acrylique) cuit	6	2
Endodontie – un seul canal	8	7
Extraction – une seule dent	86	27
Chaque dent additionnelle dans le même quadrant à la même visite	4	2

a. Source : Rapport annuel, 1981-1982 *Saskatchewan Health Dental Plan*

4.11.6 Dépenses

On trouvera au tableau 4.47 un résumé des dépenses du SHDP de 1974-1975 à 1981-1982. Ces renseignements d'ordre financier sont tirés des rapports annuels qui fournissent des états plus détaillés. Comme l'indique le tableau, les coûts totaux par année sont passés de 2,1 millions de dollars en 1974-1975 à 13,4 millions en 1981-1982. Naturellement, la plus grande partie de cette augmentation est due à l'expansion du programme qui est passé de 13 000 enfants en 1974-1975 à 155 000 enfants en 1981-1982. Une partie du gonflement des dépenses peut être attribuée à l'inflation marquée au cours des années de fonctionnement du programme. Nous avons essayé de procéder à un rajustement en indiquant les dépenses en dollars constants (1974). Il semble clair que les coûts élevés par enfant au cours des deux premières années du programme provenaient principalement de l'augmentation des coûts administratifs et des frais de déplacement par enfant au cours de ces années, étant donné qu'un plus petit nombre d'enfants étaient inscrits dans les écoles. On a effectué des paiements aux dentistes en clientèle privée chaque année; toutefois, ces paiements ont augmenté de façon appréciable en 1981-1982, année où les versements par adolescent ont été introduits.

Il faut faire deux autres remarques à propos des dépenses du SHPP. Premièrement dans l'ensemble des années étudiées la Saskatchewan est seule à maintenir un programme de soins dentaires pour les enfants au Canada qui ait accusé une baisse régulière des dépenses en dollars courants par enfant traité (inscrits). Deuxièmement, étant donné que le programme de la Saskatchewan aboutit au traitement d'une forte proportion des enfants inscrits par année, et en supposant que la plupart d'entre eux en sont maintenant au stade de la surveillance préventive, on ne devrait pas s'attendre à d'autres diminutions importantes des dépenses par enfant en termes réels.

Tableau 4.47
Régime de soins dentaires de la Saskatchewan
Dépenses en dollars courants et constants (1974)[a]

	Dépenses totales		Dépenses par enfant inscrit	
Année	Dollars courants	Dollars constants[b]	Dollars courants	Dollars constants
1974-75	2 142 600 $	2 142 600 $	163,05 $	163,05 $
1975-76	4 113 300	3 690 133	109,48	98,22
1976-77	5 041 100	4 221 794	83,70	70,10
1977-78	6 206 000	4 753 613	73,83	56,55
1978-79	7 683 800	5 447 242	70,01	49,63
1979-80	8 305 300	5 394 119	68,00	44,16
1980-81	10 274 500	6 012 342	76,29	44,64
1981-82	13 416 100	7 041 194	86,29	45,29

a. Les coûts ci-dessus sont légèrement inférieurs à ceux publiés dans les rapports annuels du SHDP étant donné qu'on tient compte de l'effet compensatoire des revenus du programme.
b. Dépenses dégonflées d'après la moyenne simple des indices des prix à la consommation pour Regina et Saskatoon, 1974 = 100.

Études spéciales disponibles

Le gouvernement de la Saskatchewan a publié plusieurs études distinctes concernant le SHDP. Outre les rapports annuels, qui sont très détaillés, on peut également se procurer plusieurs études internes auprès du SHDP[17-19].

4.12 Le programme de soins dentaires des Territoires du Nord-Ouest

Cette région à faible densité de population est située dans le nord du Canada. Les chiffres du recensement du milieu de l'année 1981 donnent une population totale de 45 741 personnes comprenant 8549 Indiens, 15 796 Inuit et 21 396 personnes d'autres groupes. Cette population s'accroît plus rapidement que la population canadienne dans son ensemble en raison des taux de naissances relativement plus élevés tant chez les Inuit que chez les Indiens. Ces autochtones vivent dans des localités relativement nombreuses, peu populeuses et souvent isolées.

C'est le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qui est chargé de la prestation des services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest. La Direction générale des services médicaux du Ministère assure les services de prévention et de traitement des maladies aiguës à la majorité des localités des Territoires du Nord-Ouest, à l'exception de Yellowknife, Hay River, Fort Smith et Frobisher Bay. Dans ces agglomérations, c'est le ministère de la Santé du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest qui assure les services de traitement des maladies aiguës. Par conséquent, la prestation des soins relève à la fois de la compétence du ministère de la Santé du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et de celle de Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services médicaux, région des Territoires du Nord-Ouest. Des négociations futures entre le gouvernement fédéral et celui des territoires définiront les responsabilités en ce qui concerne la prestation des soins. Les informations ci-après s'appliquent toutefois à la période 1981-1982, pendant laquelle Santé et Bien-être social Canada, par le biais de sa Direction générale des services médicaux, était seul chargé de la prestation des soins dans les Territoires du Nord-Ouest.

4.12.1 Admissibilité

En 1981, presque la totalité des 24 000 Indiens et Inuit des Territoires du Nord-Ouest étaient admissibles au programme de soins dentaires de la Direction générale des services médicaux. De plus, la Direction générale des services médicaux, en vertu de son mandat touchant la prestation des soins médicaux, fait en sorte que tous les habitants des Territoires du Nord-Ouest aient accès aux services dentaires.

4.12.2 Services dentaires assurés

On trouvera à la section 3.5.2 du présent rapport un exposé des services dentaires offerts par la Direction générale des services médicaux. Pour récapituler, disons que le programme de soins dentaires assure une gamme complète de services dentaires de base, notamment les services diagnostiques normaux, tous les services de prévention, les services de restauration utilisant l'amalgame et les résines composites, les prothèses, les services de parodontologie, d'endodontie et de chirurgie buccale. La confection et la mise en place de couronnes et de ponts, ainsi que les traitements d'orthodontie ne sont pas offerts couramment, bien que ces techniques puissent être incluses sous réserve de l'approbation préalable des administrateurs du programme. D'ordinaire, la Direction générale se fie au jugement du dentiste traitant pour déterminer quel est, dans chaque cas, l'éventail de services qui convient. Aucune ligne de conduite n'exclut catégoriquement un traitement dentaire donné dans le cadre du programme.

4.12.3 Ressources humaines et cadre des services

Toute une gamme de mécanismes ont été imaginés pour dispenser des services dentaires dans cette région, étant donné la difficulté de desservir les nombreuses localités isolées des Territoires du Nord-Ouest. Au risque de simplifier quelque peu, disons que les personnes ressources forment cinq catégories. Premièrement, la Direction générale des services médicaux a recours depuis longtemps à des dentistes salariés pour dispenser des services à une localité "de base"; en outre, des services doivent être périodiquement assurés aux petites localités du voisinage. Ces dernières ne sont en général accessibles que par avion et les dentistes doivent utiliser un matériel portatif. Deuxièmement, la Direction générale des services médicaux prévoit la formation de thérapeutes dentaires et elle les engage pour qu'ils s'établissent et assurent les services dentaires de base (à l'exclusion du diagnostic) dans des localités désignées des Territoires du Nord-Ouest. En 1981, seize thérapeutes dentaires étaient employés dans la région des Territoires du Nord-Ouest. Troisièmement, la Direction générale des services médicaux passe des contrats avec des dentistes en clientèle privée et certaines facultés dentaires en vue de la prestation des services dentaires à des groupes de patients désignés des Territoires du Nord-Ouest. Quatrièmement, bien que cette tendance ait ralenti, la Direction générale fait encore appel à des dentistes engagés pour une courte période (suppléants) pour dispenser des services dans des circonstances spéciales. Cinquièmement, la Direction générale des services médicaux a encouragé les dentistes à établir des cabinets privés permanents dans certaines des grandes agglomérations, avec quelques succès ces dernières années.

À l'exception des services dispensés dans les cabinets privés, la Direction générale des services médicaux fournit les locaux nécessaires pour les cliniques, le matériel et les fournitures dont le personnel dentaire a besoin pour dispenser des services dentaires de qualité. Le nombre de cliniques fixes est en augmentation, en particulier avec l'expansion des services dispensés par des thérapeutes dentaires. Dans les localités périodiquement visitées par du personnel dentaire, ce dernier utilise un matériel portatif installé dans les infirmeries, les écoles ou tout autre local approprié. Les dentistes en clientèle privée, là où ils sont établis, s'équipent de la façon habituelle.

4.12.4 Administration

L'administration des services dentaires est très décentralisée, pour tenir compte de l'extrême dispersion de la population dans les Territoires du Nord-Ouest. Comptant parmi les neuf régions administratives de la Direction générale des services médicaux, la région des Territoires du Nord-Ouest est de plus subdivisée en quatre zones administratives : 1) Baffin, 2) Keewatin, 3) MacKenzie et 4) Inuvik.

C'est aux zones qu'il appartient d'établir et d'exploiter les cliniques nécessaires, et notamment de répondre aux besoins en matériel et en fournitures. Il existe une exception importante à cette pratique administrative : c'est la *National School of Dental Therapy* de Prince-Albert, Saskatchewan, qui fournit le matériel et les fournitures aux cliniques de thérapeutique dentaire.

Le Bureau régional coordonne la prestation des services dentaires pour toutes les zones en négociant des contrats avec des dentistes en clientèle privée, des universités et le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Tant le recrutement que l'emploi des administrateurs des services dentaires et des thérapeutes dentaires sont

centralisés au niveau régional. En l'absence d'administrateurs de zone, la surveillance des thérapeutes dentaires est assurée par le personnel de la *National School of Dental Therapy*. Dans le cas où des contrats existent, cette fonction est déléguée en partie au personnel à contrat.

Au niveau de la zone ou de la région, ou des deux, une tâche administrative additionnelle consiste à régler les demandes de paiement des dentistes et à verser les honoraires, le cas échéant, pour le compte des Indiens et des Inuit admissibles. Tous les aspects du programme dentaire sont financés à même les recettes générales.

4.12.5 Utilisation

On ne dispose pas des données d'utilisation habituelles en ce qui concerne le programme dentaire des Territoires du Nord-Ouest. En 1981, on comptait au total 20 658 visites, 9855 restaurations, 7256 extractions, 805 prothèses, ainsi que 16 265 autres traitements dentaires, tels que les traitements parodontaux ou d'endodontie et les actes chirurgicaux. Il faut souligner que le nombre total de visites de patients n'équivaut pas au nombre de personnes qui ont reçu un traitement en vertu du programme dentaire, puisque de nombreux patients ont rendu plusieurs visites au dentiste au cours de l'année.

4.12.6 Dépenses

Le budget du programme dentaire de la Direction générale des services médicaux dans les Territoires du Nord-Ouest s'élevait à environ 1 450 000 $ au cours de l'année financière 1981-1982, ce qui représente des dépenses d'environ 60 $ par personne admissible. On ne peut pas déterminer les coûts par utilisateur réel.

4.13 Les programmes de soins dentaires du Yukon

Le Yukon offre deux programmes publics de soins dentaires, l'un pour les enfants et l'autre pour les personnes âgées. Le programme de soins dentaires pour les enfants du Yukon a été mis sur pied en 1963. À l'heure actuelle, ce programme est administré par la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada, tandis que les dépenses du programme sont partagées entre le Yukon et le gouvernement fédéral.

Le programme de soins dentaires pour les personnes âgées fait partie du *Yukon Extended Health Care Benefits* (EHB), programme créé en 1982 pour répondre aux besoins des personnes du troisième âge du territoire. Ce programme est administré par le régime d'assurance-maladie du Yukon; il prévoit une protection supplémentaire pour les résidents inscrits de 65 ans et plus, et pour leur conjoint de 60 ans et plus. Le programme EHB fournit les soins dentaires, les fournitures et le matériel médico-chirurgicaux, les examens oculaires et les lunettes, ainsi que les services de soins à domicile. Ce programme est analogue au *Extended Health Care Benefits Program* de la province de l'Alberta.

4.13.1 Admissibilité

Tous les enfants résidant dans le territoire, de niveau préscolaire et de la maternelle jusqu'à la 8e année, sont admissibles au programme de soins dentaires pour les enfants du Yukon. Environ 3300 écoliers étaient inscrits au programme, soit 97 p. 100 des enfants admissibles. De plus, 200 enfants d'âge préscolaire étaient inscrits.

En ce qui concerne le programme EHB, toutes les personnes âgées du Yukon sont admissibles aux services dentaires si elles remplissent les conditions suivantes :

a) résider au Yukon;
b) avoir 65 ans ou plus OU 60 ans ou plus et être marié(e) à une personne de 65 ans ou plus;
c) avoir une carte *Pharmacare* valide (assurance-médicaments pour les personnes âgées).

On estime que 1273 résidents du Yukon ont droit à ces services.

4.13.2 Services dentaires assurés

Le programme de soins dentaires pour les enfants inclut tous les services dentaires de base. Des dentistes autorisés mettent au point un programme annuel d'examens et de traitements pour chaque enfant inscrit. Les thérapeutes dentaires réalisent le traitement prescrit dans le programme de traitement du dentiste. La prophylaxie, l'application topique de fluorure, l'enseignement des mesures d'hygiène buccale, les radiographies dentaires, les obturations d'amalgame et de composite, les extractions et les agents de scellement des puits et des fissures sont tous compris.

En outre, le programme rembourse les consultations données aux parents par leur dentiste de famille à propos d'autres traitements dont l'enfant peut avoir besoin. Les consultations peuvent porter sur n'importe quel service non couvert par le programme de soins dentaires pour les enfants du Yukon.

En ce qui concerne le programme EHB, tous les soins dentaires de base sont couverts, sous réserve des restrictions suivantes :

a) la confection d'un ensemble de dentiers haut et bas ou le remontage (incluant le rebasage) d'un dentier ne sont déboursés qu'une seule fois tous les cinq ans;
b) la confection d'une prothèse partielle n'est déboursée qu'une seule fois tous les cinq ans;
c) le remontage (seul) d'une pièce de prothèse n'est déboursé qu'une seule fois tous les cinq ans;
d) les prestations versées en vertu du programme, pour le compte de tout bénéficiaire admissible ne doivent pas excéder 1200 $ pour toute période de deux années consécutives;
e) les travaux requérant de l'or sont subordonnés à l'approbation préalable du Directeur des services dentaires du Yukon.

4.13.3 Ressources humaines et cadre des services

En vertu du programme de soins dentaires pour les enfants, ce sont les dentistes qui posent le diagnostic, établissent le plan de traitement et donnent des consultations. Le reste des services de traitement est dispensé par les thérapeutes dentaires dans des cliniques rattachées aux écoles. On a installé des cliniques permanentes dans plusieurs écoles importantes du Yukon. Les thérapeutes dentaires font largement usage de matériel portatif pour établir des cliniques temporaires dans les petites écoles.

En vertu du programme EHB, les services dentaires sont dispensés par des dentistes en clientèle privée.

4.13.4 Administration

Les thérapeutes dentaires sont employés par la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada. Toutefois, tous les autres coûts de ce programme sont partagés entre le gouvernement fédéral (30 p. 100) et le gouvernement du Yukon (70 p. 100). Un dentiste et un commis employés par la Direction générale des services médicaux sont chargés des tâches administratives liées au programme de soins dentaires pour les enfants.

Le programme de soins dentaires pour les personnes âgées, régime d'assurance dentaire à tiers payant, est financé à même les deniers publics. Il est entièrement administré par le personnel du programme EHB. Les personnes admissibles au programme ne payent aucune prime ni frais modérateurs, coassurance ou franchise. Les fonds proviennent des recettes générales.

En général, les demandes de paiement sont présentées par les dentistes qui sont rémunérés directement par le programme. L'administrateur a le droit de refuser le paiement si le coût des services dispensés est excessif, ou si les services sont de mauvaise qualité.

4.13.5 Utilisation

Malheureusement, on ne dispose pas de chiffres relatifs à l'utilisation du programme de soins dentaires pour les enfants, ni de données portant sur la composante dentaire du programme EHB.

4.13.6 Dépenses

En ce qui concerne le programme de soins dentaires pour les enfants, au cours de l'année financière 1982-1983, les dépenses atteignaient 433 900 $, ce qui représente environ 124 dollars par enfant admissible.

On ne dispose pas de données relatives aux dépenses de la composante dentaire du programme EHB pour l'année financière 1982-1983. Le budget prévu pour 1983-1984 était de 60 000 $, soit environ 47 $ par personne admissible.

5.0 LES SOINS DE CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE ASSURÉS PAR LE RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

En 1968 on amendait la Loi sur les soins médicaux (1966) en incluant, parmi les bénéfices les soins de chirurgie bucco-dentaire dispensés par un dentiste quand ils nécessitaient l'hospitalisation. Comme on trouvait illogique de couvrir, par exemple, certains actes majeurs de chirurgie maxillo-faciale posés par des médecins, mais non par des dentistes, on a donc pris la décision de permettre aux dentistes de demander le paiement de ces services.

5.1 Administration provinciale avec financement provincial-fédéral conjoint

Le régime de soins médicaux est administré par les provinces, mais financé par les gouvernements fédéral et provinciaux. La contribution fédérale est à condition que les provinces donnent leur adhésion aux politiques du gouvernement en vertu desquelles le régime de soins médicaux doit être universel, complet, transférable et sans but lucratif (voir section 2.2). Néanmoins, c'est à chaque province qu'il appartient de déterminer quels seront les soins de chirurgie dentaire couverts par le régime, et de fixer les critères d'admissibilité. Certes, les critères d'admissibilité, les traitements assurés et les dépenses varieront quelque peu d'une province à l'autre, mais le principe général est toujours valable, à savoir que si le patient doit être hospitalisé et que l'intervention chirurgicale s'impose, le régime de soins médicaux assumera le coût de l'intervention. Tous les dentistes sont autorisés à réclamer le paiement de leurs services en vertu de la composante de chirurgie bucco-dentaire du régime. Toutefois, selon la province, entre 5 et 50 p. 100 seulement des dentistes se prévalent de cette possibilité.

5.2 Dépenses

D'après les données disponibles, le total des dépenses au titre des services de chirurgie dentaire en vertu de l'assurance-santé est passé de 8,3 millions de dollars en 1971-1972 à 14,2 millions en 1980-1981. On trouvera au tableau 5.1 la ventilation de ces dépenses par province. Il convient de faire trois remarques à propos de ces dépenses. Premièrement, jusqu'en 1977, le gouvernement fédéral fournissait environ 50 p. 100 des sommes déboursées pour la chirurgie dentaire. Deuxièmement, la contribution fédérale, avec l'adoption en 1977 de la Loi sur le financement des programmes établis a changé de modalité passant du partage des coûts de services dûment stipulés à un octroi global. Il en est résulté que, à partir de 1978 et par la suite, les données disponibles sont devenues moins élaborées, étant donné que les provinces n'avaient plus à soumettre leurs états en détail à l'examen du gouvernement fédéral pour obtenir ses remboursements. Par conséquent, il se pourrait que les données soient moins fiables à partir de 1978. Troisièmement, il faut remarquer que l'administration du régime, du fait qu'elle soit provinciale produit ses propres effets, comme le montrent les données du tableau 5.1. Dans certains cas, l'augmentation sur dix ans des remboursements effectués au titre de la chirurgie bucco-dentaire n'était que de 7,1 p. 100 (Ontario), alors que dans d'autres cas, pour la même période, l'augmentation atteignait 472,1 p. 100 (Colombie-Britannique). Il s'agit là de deux provinces les plus importantes du Canada. Dans le cas de plusieurs des provinces parmi les moins peuplées, les augmentations en pourcentage étaient même plus fortes.

Les différences entre les provinces se manifestent également d'autres manières. Puisque les remboursements totaux sont nécessairement lourdement influencés par le chiffre de la population provinciale, on trouvera au tableau 5.2 les remboursements au titre de la chirurgie bucco-dentaire pour 1000 habitants, en 1980-1981. D'après ces données, les remboursements par habitant versés pour la chirurgie bucco-dentaire sont dans ce cas des plus élevés de 20 fois supérieurs aux plus faibles. Cette situation dépasse de beaucoup ce qu'on a observé dans l'ensemble des soins médicaux. On n'arrive pas à expliquer facilement le profil des paiements provinciaux en matière de chirurgie bucco-dentaire. Même en tenant compte d'éléments essentiels tels que la population, le nombre des chirurgiens buccaux, ainsi que le nombre de tous les autres dentistes, on n'explique qu'un petit pourcentage des différences entre les paiements par habitant d'une province à l'autre. C'est le nombre des dentistes d'une province qui réclament effectivement le paiement des traitements de chirurgie bucco-dentaire qu'il faudrait connaître. Toutefois, cela soulève la question de savoir pourquoi le besoin relatif des services de chirurgie bucco-dentaire dans les hôpitaux est si fort dans certaines provinces comparativement à d'autres. Il est presque certain qu'on peut expliquer en partie les paiements par habitant extrêmement faibles en Alberta et au Nouveau-Brunswick comme relevant de facteurs d'ordre administratif spécifiques à ces provinces.

Tableau 5.1

Versements aux dentistes pour services de chirurgie bucco-dentaire en vertu du régime de soins médicaux par province et par année, de 1971-1972 à 1980-1981 (en milliers de dollars)[a,b]

Province	1971-72	1972-73	1973-74	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
Alberta	64,7	77,4	94,6	104,4	118,7	134,6	144,2	223,3	201,2	220,5
Colombie-Britannique	323,9	406,4	455,6	403,9	797,9	1 042,9	1 142,9	1 342,3	1 467,2	1 853,1
Manitoba	201,2	222,6	260,6	305,3	349,6	379,9	428,4	492,0	507,0	742,0
Nouveau-Brunswick	2,1	2,6	3,2	3,0	7,9	18,8	18,1	32,5	40,5	49,6
Terre-Neuve	222,4	240,2	279,2	313,8	342,3	431,7	409,2	427,6	434,4	476,9
Nouvelle-Écosse	207,2	251,4	321,7	412,7	544,4	558,9	670,6	884,7	1 029,1	1 309,2
Ontario	4 908,3	5 880,8	5 715,5	6 039,9	6 358,1	4 953,8	3 776,7	4 480,1	4 646,4	5 254,5
Île-du-Prince-Édouard	8,1	N/A	7,8	23,3	37,8	29,5	24,6	29,4	37,1	41,2
Québec	2 333,2	3 288,4	2 885,0	1 971,1	3 271,7	3 507,7	4 283,9	4 064,8	3 459,1	3 783,6
Saskatchewan	1,0	21,1	83,3	106,8	149,3	230,8	324,1	450,0	500,0	506,9
Territoires du Nord-Ouest					NUL					
Yukon	—	N/A	9,4	11,8	13,1	15,3	11,2	8,4	7,6	9,0
CANADA (Total)	8 272,1	10 390,9	10 115,9	9 696,0	11 990,8	11 303,9	11 233,9	12 435,1	12 329,6	14 246,5

a. D'après la Division de l'information sur la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1981.
b. Sur la base des rapports financiers annuels présentés à Santé et Bien-être social Canada par les régimes de soins médicaux des provinces et des territoires.

Tableau 5.2

Versements au titre des services de chirurgie bucco-dentaire par province et par tranche de 1000 habitants en 1980-1981

Province	Population 1981	Versements pour services de chirurgie bucco-dentaire (en milliers de dollars)	Versements pour services de chirurgie bucco-dentaire pour 1000 habitants ($)
Alberta	2 237 725	220,5	98,6
Colombie-Britannique	2 744 470	1 853,1	675,3
Manitoba	1 026 245	742,0	723,2
Nouveau-Brunswick	696 405	49,6	71,3
Terre-Neuve	567 680	476,9	839,6
Nouvelle-Écosse	847 445	1 309,2	1 545,7
Ontario	8 264 465	5 254,5	635,8
Île-du-Prince-Édouard	122 510	41,2	336,3
Québec	6 234 445	3 783,6	606,9
Saskatchewan	968 310	506,9	523,7
Territoires du Nord-Ouest	45 740	—	—
Yukon	23 150	9,0	391,3
CANADA (Total)	24 343 180	14 246,5	585,2

6.0 LES SERVICES DENTAIRES POUR LES ASSISTÉS SOCIAUX

6.1 Le Régime d'assistance publique du Canada

La présente section décrit des programmes qui comprennent les soins dentaires parmi les services assurés aux assistés sociaux. En vertu du Régime d'assistance publique du Canada, les provinces et les municipalités peuvent formuler, mettre en oeuvre et administrer de tels programmes et, à condition qu'ils répondent à certains critères, elles peuvent se faire rembourser une partie des coûts du programme par le gouvernement fédéral. Nous étudions ces programmes ensemble à cause de ce financement conjoint et parce qu'ils ont les mêmes populations cibles. La section 6.1 examine l'historique et les objectifs du Régime d'assistance publique du Canada. Les divers programmes provinciaux sont étudiés séparément dans les sections suivantes.

En juillet 1966, le Régime d'assistance publique du Canada a remplacé l'accord fédéral-provincial concernant l'assistance-chômage en vigueur depuis 1955, qui prévoyait le paiement de la moitié des coûts de l'assistance fournie par les municipalités ou les provinces. En vertu du Régime d'assistance publique du Canada, le gouvernement fédéral rembourse la moitié des coûts engagés par les provinces et les municipalités pour assurer les services de bien-être social aux personnes qui sont dans le besoin ou qui risquent de le devenir si ces services ne leur sont pas fournis. Les principaux objectifs du Régime sont :

— d'aider les provinces à mettre sur pied un programme d'assistance sociale pour toutes les personnes dans le besoin, et cela indépendamment de la cause sous-jacente à ce besoin;
— d'encourager la prestation d'une aide adéquate permettant aux bénéficiaires de maintenir un niveau de vie décent;
— de favoriser la création et l'extension de services de bien-être social susceptibles d'aider à prévenir et à supprimer les causes et les effets de la pauvreté, de la négligence à l'égard des enfants et de la dépendance à l'égard de l'assistance publique;
— d'assurer l'hébergement des personnes nécessiteuses dans des établissements de soins adéquats.

(Source : Rapport annuel 1979-1980 du Régime d'assistance publique du Canada, Santé et Bien-être social Canada, p. 2)

Les contributions du gouvernement fédéral sont autorisées à l'égard de programmes des catégories suivantes : assistance générale, hébergement dans des établissements de soins, prestations de services de bien-être social et projets d'adaptation au travail. Des services dentaires peuvent être assurés dans le cadre des programmes d'assistance générale, à l'échelle des provinces ou des municipalités, dans le cadre de programmes facultatifs que les municipalités peuvent offrir aux personnes admissibles à l'assistance sociale.

Un nombre estimatif de 1 495 600 personnes ont reçu des soins dans le cadre des programmes du Régime d'assistance publique du Canada en 1981-1982, notamment les enfants hébergés dans des établissements de soins et les personnes (y compris les enfants) hébergées dans des foyers de soins spéciaux. Ce chiffre représente le nombre maximal de personnes qui peuvent être admissibles à recevoir au moins des soins dentaires d'urgence en vertu des programmes financés de cette façon.

Ce ne sont pas toutes les provinces qui ont des mécanismes à l'échelle de la province permettant de dispenser des services dentaires en vertu de leurs programmes d'assistance sociale. Dans ces provinces (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve), les dépenses dentaires pour les assistés sociaux peuvent être autorisées par des enquêteurs de l'organisme de service social, cas par cas et suivant les besoins. Les services "nécessaires" ont tendance à se limiter aux urgences dentaires. Six autres provinces offrent des programmes pour les assistés sociaux (et souvent pour d'autres populations cibles) qui dispensent une gamme plus ou moins complète de services dentaires. L'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, le Québec et la Saskatchewan offrent tous des soins dentaires aux assistés sociaux à l'échelle de la province. L'Ontario assure des soins dentaires à certains assistés sociaux (parents et enfants à leur charge qui sont inscrits au Programme de prestations familiales), et certaines municipalités de l'Ontario dispensent en permanence des soins dentaires à d'autres assistés sociaux.

6.2 Alberta

Le *Department of Social Services and Community Health* parraine des services dentaires équivalents à ceux dispensés en vertu de l'*Extended Health Benefits Program* pour les clients admissibles. (Voir la section 4.2 du présent rapport.)

6.2.1 Bénéficiaires

Les personnes qui reçoivent une aide financière par le biais du *Social Allowance Program*, les personnes gravement handicapées et qui bénéficient du *Assured Income for the Severely Handicapped Program*, ainsi que les enfants de moins de 18 ans qui sont pupilles de la Division des services sociaux, ou qui présentent une invalidité primaire, sont admissibles aux services dentaires nécessaires.

Les bénéficiaires en vertu des programmes de sécurité du revenu et de revenu assuré reçoivent un chèque mensuel. Ils en conservent le talon, qui indique qu'ils sont admissibles aux services dentaires, pharmaceutiques et oculaires. Les dispensateurs de soins acceptent ce talon en guise de paiement complet. Les bénéficiaires des services de bien-être social pour les enfants reçoivent une carte d'identité qui leur permet d'obtenir les services nécessaires.

On trouvera au tableau 6.1 le nombre moyen de bénéficiaires par mois en 1981 et 1982.

Tableau 6.1
Programme de *Social Allowance and Guardian Social Allowance* de l'Alberta
Nombre moyen de bénéficiaires en 1980-1981 et 1981-1982

Année	Nombre moyen de cas par mois	Nombre estimatif de personnes à charge	Total estimatif de bénéficiaires
1980-81	30 926	31 741	62 667
1981-82	31 566	34 656	66 222

a. Les estimations sont basées sur un facteur de 1,6 personne à charge par famille assistée.
Source : Alberta Social Services and Community Health Annual Report

6.2.2 Services dentaires assurés

Les services dentaires de base complets, y compris les prothèses, la réparation et le rebasage des prothèses, ainsi que l'orthodontie préventive, peuvent être dispensés aux personnes admissibles. Dans le cas du dernier service, il faut demander une autorisation préalable pour les traitements dont le coût dépasse 250 $. L'Association dentaire de l'Alberta, qui administre ce programme de soins dentaires, est autorisée à approuver les programmes de traitement. Il n'y a pas d'autres restrictions, ni de maximum annuel.

6.2.3 Administration

Les services sont dispensés par des dentistes et des denturologistes en clientèle privée. Les dentistes présentent des demandes de paiement pour les services dispensés aux prestataires du *Department of Social Services* à l'Association dentaire de l'Alberta, qui s'occupe des services administratifs, notamment des paiements et des autorisations préalables à la réalisation de programmes de traitement. L'Association dentaire de l'Alberta reçoit des honoraires pour ces services administratifs. Les denturologistes présentent leurs demandes de paiement directement au *Department of Social Services*.

Le *Department of Social Services* négocie chaque année les accords relatifs aux honoraires avec l'Association dentaire de l'Alberta et les denturologistes. En 1983, les dentistes ont reçu 85,7 p. 100 des honoraires fixés par le barème de l'Association dentaire de l'Alberta de 1983.

6.2.4 Utilisation et dépenses

Comme on peut le voir au tableau 6.2, au cours de l'année financière 1981-1982, il y a eu 63 082 demandes de paiement pour des services dentaires dispensés aux bénéficiaires du *Child Welfare and Social Allowance*, soit presque une par bénéficiaire (0,95). Tant le nombre de bénéficiaires que les dépenses moyennes par demande de paiement ont augmenté par rapport à l'année précédente : le nombre de bénéficaires a augmenté de 5,7 p. 100 et le coût par demande de paiement, de 19,4 p. 100. Les dépenses moyennes par bénéficiaire ont augmenté de 20 p. 100 pour atteindre 110,44 $.

6.3 Colombie-Britannique

Le ministère des Ressources humaines offre des prestations d'assistance et certains services d'aide aux personnes nécessiteuses de la province, sous le régime de la Loi sur le revenu garanti (Guaranteed Available Income for Need Act — GAIN). Jusqu'en 1981, tous les services dentaires pour les assistés sociaux étaient dispensés par le

biais de la Division des services médicaux (Health Care Services Division) du ministère des Ressources humaines, ainsi que les services médicaux et oculaires, les services auxiliaires pour les besoins médicaux spéciaux, et les transports. Avec l'introduction du programme de soins dentaires de la Colombie-Britannique en janvier 1981, les assistés sociaux sont devenus admissibles à certains services dentaires de base en vertu de ce programme également.

Tableau 6.2
Programme de *Social Allowance and Guardian Social Allowance* de l'Alberta
Utilisation et dépenses
en 1980-1981 et 1981-1982

Année financière	Dépenses	Nombre moyen de bénéficiaires par mois	Dépenses moyennes par bénéficiaire	Nombre de demandes de paiement	Dépenses moyennes par demande de paiement
1980-81	5 420 044 $	62 677	86,48 $	58 596	92,50 $
1981-82	6 966 536	66 222	105,20	63 082	110,44

6.3.1 Bénéficiaires

Les personnes admissibles aux prestations d'assistance comprennent les personnes inaptes au travail ou qui sont incapables de trouver du travail, les personnes temporairement incapables de travailler parce qu'elles sont malades ou handicapées, les travailleurs dont le revenu est insuffisant pour leur permettre de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles, les chefs de familles monoparentales qui ont des enfants à charge, les handicapés et les enfants hébergés dans des établissements de santé. Le nombre des assistés a augmenté régulièrement depuis la création du programme GAIN en 1976. Le nombre mensuel des bénéficiaires de prestations de l'aide au revenu s'établissait en moyenne à 112 937 en 1976-1977 et atteignait 151 089 en décembre 1982, comme le montre le tableau 6.3.

Tableau 6.3
Ministère des Ressources humaines de la Colombie-Britannique
Nombre moyen de bénéficiaires des services dentaires de base

Année	Assistés sociaux	Enfants hébergés dans des établissements de soins	Nombre total de personnes admissibles
Décembre 1981	141 487	8 374	147 811
Décembre 1982	151 809	8 145	159 954

Source : R. Chisholm, analyste des politiques, ministère des Ressources humaines, communication personnelle du 13 mai 1983

Ces personnes avaient droit aux services dentaires de base en vertu du programme de soins dentaires de la Colombie-Britannique, comme l'expose la section 4.3.1 du présent rapport. Outre ces bénéficiaires réguliers, certaines autres personnes, qui n'étaient pas normalement admissibles aux programmes de soins dentaires, ont pu obtenir des services dentaires grâce à des autorisations accordées cas par cas par le ministère des Ressources humaines. On n'a pu obtenir le nombre de ces personnes, surtout des personnes de passage et d'autres personnes qui recevaient une aide au revenu à court terme, mais on trouvera ci-dessous un relevé distinct des dépenses pour cette catégorie de bénéficiaires.

6.3.2 Services dentaires assurés

De janvier 1981 à septembre 1982, les bénéficiaires de l'aide au revenu pouvaient obtenir des services dentaires de base jusqu'à concurrence de 700 $ par année en vertu du programme de soins dentaires de la Colombie-Britannique, comme on l'explique en détail dans la section 4.3.2 du présent rapport. Après que le programme de soins dentaires provincial eut été suspendu pour toutes les autres personnes, ce qui en faisait un programme destiné seulement aux personnes bénéficiant de l'aide au revenu, tous les services dentaires ont été à nouveau prévus dans le budget du ministère des Ressources humaines. Outre les services dentaires de base précédemment offerts en vertu du programme de soins dentaires, la prestation de services dentaires spéciaux, y compris l'orthodontie, pouvait être autorisée lorsque ces services étaient indispensables à la santé du client. De plus, les bureaux de district du ministère des Ressources humaines pouvaient également autoriser un traitement d'urgence pour des affections entraînant de la douleur ou une infection, ainsi que pour réparer des dents brisées, pour des clients qui n'étaient pas admissibles au programme provincial.

6.3.3 Administration

Le ministère des Ressources humaines comprend une Division des services médicaux qui assure des soins complets aux personnes admissibles qui bénéficient de l'aide au revenu. Dès la mise en oeuvre du programme de soins dentaires de la Colombie-Britannique, le ministère des Ressources humaines a délivré une carte d'identité aux clients les autorisant à obtenir les services dentaires assurés par le programme provincial auprès des dentistes participants. Les dentistes participants ont présenté des demandes de paiement de ces services à la Commission des services médicaux, qui administrait le programme de soins dentaires. Cependant, les Services médicaux du ministère des Ressources humaines ont continué à autoriser les dépenses pour les services sortant du cadre de la médecine dentaire de base pratiquée en vertu du programme de soins dentaires provincial, et pour les services assurés aux clients du ministère des Ressources humaines non inscrits au programme, c'est-à-dire les personnes de passage et les bénéficiaires de prestations sociales à court terme.

6.3.4 Utilisation et dépenses

Au cours des 23 mois écoulés entre le 1er juin 1981 et le 30 avril 1983, 120 251 bénéficiaires de l'aide au revenu ont obtenu des services dentaires en vertu du programme provincial. Pour estimer l'utilisation du programme, on a divisé arbitrairement le nombre des utilisateurs en parts égales entre deux périodes : de juin 1981 à mai 1982, et de juin 1982 à avril 1983. Ces chiffres, ainsi que le nombre moyen mensuel des personnes admissibles pour décembre 1981 et 1982 (tableau 6.3 ci-dessus), donnent une idée approximative de l'utilisation des services dentaires par les assistés sociaux. Environ 40 p. 100 des personnes admissibles ont reçu des services.

Les dépenses au titre des services dentaires pour les clients du ministère des Ressources humaines desservis par le programme provincial de soins dentaires ont été de 14 245 813 $ pour l'année civile 1982, soit 89,06 $ par personne admissible en décembre 1982. Une somme supplémentaire de 597 220 $ a été payée pour des interventions de médecine dentaire spéciale en dehors des services offerts aux bénéficiaires réguliers couverts par le programme provincial, ainsi que pour les soins d'urgence à l'intention de clients non admissibles au programme provincial de soins dentaires. On voit donc que le total des dépenses pour les assistés sociaux s'est monté à près de 93 $ par personne admissible.

Tableau 6.4
Dépenses au titre des services dentaires
pour les clients du ministère des Ressources humaines, 1982

Dépenses du programme provincial de soins dentaires	Dépenses additionnelles	Total des dépenses
14 245 813 $	597 220 $	14 843 033 $

Source : R. Chisholm, analyste des politiques, ministère des Ressources humaines, communications personnelles du 13 mai 1983 et du 25 octobre 1983

Il est intéressant de comparer ces dépenses avec celles des Services médicaux du ministère des Ressources humaines pour les services dentaires avant la mise en oeuvre du programme provincial de soins dentaires : ces chiffres sont présentés au tableau 6.5. Les dépenses pour les services dentaires dispensés aux clients du ministère des Ressources humaines, qui étaient demeurées assez constantes au cours des cinq années précédentes, ont presque doublé après la mise en oeuvre du programme provincial de soins dentaires.

Tableau 6.5
Services médicaux du ministère des Ressources humaines
Total des dépenses et dépenses au titre des services dentaires,
de 1976-1977 à 1980-1981

Année	Services dentaires	Total pour les services médicaux
1976-77	5 487 320 $	34 820 389 $
1977-78	6 033 887	39 705 844
1978-79	7 905 683	48 915 786
1979-80	8 784 379	59 282 888
1980-81	7 532 995	66 914 022

Source : Rapport annuel du ministère des Ressources humaines de la Colombie-Britannique, 1980-1981.

6.4 *Social Allowance Health Services* du Manitoba

6.4.1 Bénéficiaires

Le programme de *Social Allowance Health Services* (SAHS) offre des soins dentaires et oculaires et des produits d'ordonnance aux personnes qui reçoivent des prestations d'assistance sociale de la province si, après justification de leurs ressources, on estime qu'elles sont dans le besoin. Ont droit aux prestations d'assistance sociale de la province les mères de familles monoparentales, les personnes âgées, les personnes inaptes au travail en raison de handicaps physiques ou mentaux, les étudiants, les orphelins ou les enfants dont les parents sont dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins, les gens ayant des personnes à charge qui ont besoin de soins spéciaux, ainsi que les chômeurs aptes au travail dans les régions de la province où l'assistance municipale n'est pas offerte. Ce programme a débuté en juillet 1960 sous le nom de *Social Allowances Medicare Program*, mais avec l'introduction de l'assurance-santé provinciale, l'élément du programme visant les soins médicaux n'était plus nécessaire. Le nouveau programme a donc été désigné sous le nom de *Social Allowance Health Services Program*.

Les chefs de famille admissibles au programme SAHS reçoivent un certificat, valide pour trois mois, qui leur donne droit, ainsi qu'aux personnes à leur charge, aux services nécessaires assurés par le programme. Aucuns frais modérateurs ne sont prévus et les dispensateurs de soins ne sont pas autorisés à surfacturer le client.

On trouvera au tableau 6.6 le nombre moyen mensuel de chefs de famille et de personnes à charge inscrits au programme de 1979 à 1981. Le nombre de personnes inscrites au programme SAHS en décembre 1982 était de 33 538. Le nombre total des personnes inscrites est demeuré relativement stable au cours des années présentées dans le tableau, et, même en remontant à 1969, le nombre moyen mensuel des personnes inscrites s'établissait à 32 731.

6.4.2 Services dentaires assurés

Le programme de soins dentaires du SAHS assure les services dentaires nécessaires, y compris les prothèses. Les interventions spécifiques sont énumérées dans les barèmes d'honoraires et de services distribués aux dentistes et aux mécaniciens-dentistes par le *Department of Community Services and Corrections*. Les soins orthodontiques sont offerts sur une base très limitée, sous réserve que des fonds soient disponibles dans le budget annuel. Un comité de sélection composé de deux orthodontistes, de deux dentistes généralistes et de deux représentants du *Department of Community Services and Corrections* examine les recommandations en vue des traitements, dans des cas particuliers.

Tableau 6.6
Social Allowance Health Services Program du Manitoba
Nombre moyen mensuel des personnes inscrites, de 1979 à 1982

Année	Chefs de famille	Personnes à charge[a]	Total combiné des bénéficiaires
1979[b]	19 688	15 489	35 177
1980	18 872	14 499	33 371
1981	18 566	13 821	32 387
1982[c]	19 023	14 180	33 203

a. Les enfants de 6 à 14 ans qui résident dans des divisions scolaires couvertes pour le programme de soins dentaires du Manitoba, auraient droit aux services dentaires en vertu de ce programme. Toutefois, les enfants de 18 divisions scolaires, y compris les centres à forte population de Winnipeg, Brandon et Portage-la-Prairie, ne sont pas couverts par le programme de soins dentaires pour les enfants et, par conséquent, les enfants d'assistés sociaux de ces régions recevraient des services dentaires en vertu du programme SAHS.
b. Les chiffres de 1979 à 1981 ont été déduits des données du rapport annuel de 1981 du *Department of Community Services and Corrections* du Manitoba.
c. Estimé d'après les chiffres mensuels pour décembre 1982.

Deux barèmes, où sont mises en liste des interventions de complexité et de coût différents, fixent les services dispensés par les dentistes. Les personnes présentant un certificat valide ont droit aux services énumérés dans le barème A sans autorisation préalable. Les traitements de restauration énumérés dans le barème A qui sont susceptibles de dépasser 250 $ par programme de traitement, ne peuvent être entrepris sans autorisation préalable; il en est de même pour tous les services énumérés dans le barème B. Pour cette raison, le barème B est désigné comme barème de "services restreints". La liste abrégée ci-après expose la gamme de services offerts en vertu de ce programme en 1982-1983.

Barème A

Diagnostic :	Comprend l'examen et une seule radiographie.
Prévention :	Comprend la prophylaxie et, pour les enfants de moins de 18 ans, l'application topique de fluorure.
Restauration :	Comprend les obturations et les couronnes en acier inoxydable.
Endodontie :	Pulpotomie, dent temporaire seulement.
Parodontologie :	Traitement des infections aiguës seulement.
Prothèse :	Réparation de prothèses.
Chirurgie buccale :	Extraction des dents ayant fait leur éruption.

Barème B

Diagnostic :	Série complète de radiographies, y compris les rétro-coronaires.
Prévention :	Dispositifs de maintien d'espace.
Restauration :	Couronnes en porcelaine et en métaux non précieux.
Endodontie :	Traitement du canal radiculaire des dents antérieures et de certaines dents postérieures.
Parodontologie :	Détartrage.
Prothèse :	Prothèses partielles ou complètes et rebasage.

Un comité d'examen composé de trois dentistes généralistes, d'un président, d'un secrétaire et d'un expert-conseil dentaire employé par le gouvernement évalue les demandes de traitement classées dans le barème B et, dans des circonstances exceptionnelles, d'autres catégories de traitements dentaires.

Les services des denturologistes ont également été étendus aux détenteurs du certificat du programme SAHS et à leurs dépendants inscrits. Les honoraires des denturologistes sont couverts par les barèmes A et B. Les services du barème A se limitent à la réparation des prothèses et aucune autorisation préalable de l'administration du programme n'est requise. Le barème B comprend le rebasage des prothèses et la pose de prothèses complètes. Les services figurant au barème B étant restreints, une autorisation préalable est nécessaire.

6.4.3 Administration

Les services dentaires sont dispensés dans les cabinets des dentistes et des mécaniciens-dentistes en clientèle privée. Le paiement des services est basé sur un barème d'honoraires négocié à des intervalles réguliers avec l'Association dentaire du Manitoba et avec l'Association des mécaniciens-dentistes du Manitoba. Le programme SAHS distribue des barèmes d'honoraires et de services aux membres de ces associations professionnelles. Il y a des limites quant à la fréquence de certaines interventions : un seul examen est permis par période de 12 mois; le remplacement des prothèses est autorisé une fois tous les cinq ans; les restaurations ne sont pas remboursées plus d'une fois par six mois On n'a pas fixé de montant maximal, mais les techniques les plus économiques sont seules acceptées en ce qui concerne les restaurations. Depuis la création du programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba en 1976, les dentistes dispensant des services aux enfants inscrits à ce programme qui leur ont été envoyés, ont été remboursés en fonction des honoraires négociés pour le programme SAHS. (Voir : Programme de soins dentaires pour les enfants du Manitoba, section 4.4.)

6.4.4 Utilisation et dépenses

Les dépenses au titre des services dentaires sont demeurées à environ 30 p. 100 du total des dépenses engagées par le programme SAHS. De loin, la plus grande partie des fonds va aux dentistes. On peut voir au tableau 6.7 les dépenses pour les services des dentistes généralistes, des orthodontistes, ainsi que pour les services des denturologistes, en 1981 et 1982.

Tableau 6.7
Social Allowance Health Services Program du Manitoba
Dépenses dentaires en 1981 et 1982

Année	Frais des dentistes	Frais des orthodontistes	Frais des denturologistes	Total
1981	1 362 437 $	40 000 $	54 000 $	1 456 437 $
1982	1 691 888	60 000	74 000	1 825 888

Source : Communication personnelle de U.A. Spangen, superviseur, *Social Allowance Health Service*, 6 mai 1983

On trouvera au tableau 6.8 les données relatives à l'utilisation et aux dépenses pour la composante dentaire du programme SAHS. Ces données ne comprennent pas les dépenses pour les services d'orthodontistes et ceux de denturologistes, car on ne disposait pas de données séparées sur l'utilisation en ce qui concerne ces deux catégories. Pour 1981, le tableau montre que, sur la moyenne mensuelle de 32 387 assistés sociaux, 14 311 (44,2 p. 100) se sont prévalus d'un service dentaire. Le pourcentage d'utilisation s'est élevé à 47,7 en 1982; cette année-là, 15 841 assistés sociaux ont donné lieu à des dépenses dentaires en vertu du programme SAHS. On voit également d'après ce tableau qu'en 1982, le coût moyen par personne admissible était de 50,96 $, ce qui représente une augmentation de 21 p. 100 par rapport à 1981, mais de seulement 31,8 p. 100 par rapport à 1979. En 1981, le coût par utilisateur était de 95,20 $ et il s'est élevé de 12,2 p. 100 pour atteindre 106,83 $ en 1982.

Tableau 6.8
Social Allowance Health Services Program du Manitoba
Utilisation et dépenses au titre des services dentaires

Année	Dépenses dentaires	Nombre d'utilisateurs	Coût par utilisateur	Nombre de personnes admissibles	Coût par personne admissible
1979	1 359 900	—	—	35 177	38,66 $
1980	1 422 700	—	—	33 371	42,63
1981	1 362 400	14 311	95,20 $	32 387	42,07
1982	1 691 900	15 841	106,80	33 203	50,96

6.5 Le programme de soins de santé pour les assistés sociaux du Nouveau-Brunswick

6.5.1 Bénéficiaires

Peuvent recevoir les prestations d'assistance sociale du ministère des Services sociaux du Nouveau-Brunswick, les familles et les personnes seules dans le besoin, les pupilles du gouvernement, ainsi que les personnes hébergées dans les établissements de soins en raison de leur âge ou de leur handicap, et qui ne peuvent payer ces soins. Les chefs de famille inscrits auprès du Ministère reçoivent une carte d'identité des services de santé qui permet au détenteur et aux personnes à sa charge de recevoir certains services médicaux, y compris les soins dentaires et oculaires, ainsi que des médicaments. Le tableau 6.9 indique le nombre moyen de personnes qui reçoivent des prestations d'assistance sociale chaque mois et qui, par conséquent, sont admissibles aux soins dentaires en vertu du programme de soins de santé.

Tableau 6.9
Programme de soins de santé pour les assistés sociaux du Nouveau-Brunswick
Nombre moyen mensuel des personnes inscrites, de 1980 à 1983

Année[a]	Chefs de famille[b]	Personnes à charge	Nombre total
1980-81[c]	28 278	38 402	66 680
1981-82	28 746	32 837	61 583
1982-83	30 500	38 095[d]	68 595

a. Les données sont fournies pour une année financière allant du 1er avril au 31 mars.
b. Désignés comme "cas" par le ministère des Services sociaux.
c. Les chiffres pour 1980-1981 et 1981-1982 sont tirés des rapports annuels du ministère des Services sociaux.
d. Estimation fondée sur le nombre de chefs de famille, d'après une lettre de M. Gerry LeBlanc, superviseur des demandes de paiement de services médicaux, ministère des Services sociaux, du 9 mai 1983.

6.5.2 Services dentaires assurés

Les interventions assurées dans les catégories suivantes : diagnostic, restauration, endodontie, parodontologie, prothèse, chirurgie buccale et orthodontie, font l'objet de limites strictes. Pour les personnes de 18 ans et plus, le paiement des services dentaires est limité aux prothèses et aux soins d'urgence pour lutter contre la douleur, enrayer l'infection ou restaurer des dents fracturées par suite d'un accident. En ce qui concerne les prothèses, le ministère des Services sociaux verse 75 p. 100 des honoraires du barème et l'utilisateur doit régler la différence.

Il existe une gamme de services moins limitée offerte aux enfants de moins de 18 ans : diagnostic, prévention et restauration, en plus des services autorisés pour les adultes de 18 ans ou plus. Les services de prévention du barème de 1982-1983 comprenaient la prophylaxie et le traitement au fluorure, ce dernier étant réservé aux enfants de moins de 14 ans. Les services de restauration inclus étaient les restaurations d'amalgame et de composite, et les couronnes d'acier inoxydable.

Une autorisation préalable est nécessaire pour les programmes de traitement lorsque le coût total dépasse 200 dollars. Il en est de même pour les extractions complètes des dents du maxillaire inférieur ou supérieur, les couronnes autres que celles en acier inoxydable, toutes les prothèses, le traitement du canal radiculaire et les traitements orthodontiques. Un traitement d'orthodontie peut être approuvé seulement en cas d'incapacité fonctionnelle prononcée. Le paiement du traitement d'orthodontie pour des fins esthétiques est expressément exclu du programme.

6.5.3 Administration

Les services dentaires sont dispensés aux personnes admissibles par des dentistes en clientèle privée. Un barème des honoraires et des services est négocié chaque année avec la Société dentaire du Nouveau-Brunswick. En général, les honoraires acceptés représentent 90 p. 100 de ceux du guide de la Société dentaire. Des exemplaires du barème d'honoraires des Services de santé sont envoyés à tous les dentistes de la province.

Les dentistes ne sont pas autorisés à surfacturer les assistés sociaux pour des services complètement couverts par le ministère des Services sociaux. Toutefois, le Ministère verse aux dentistes un maximum de 75 p. 100 des

honoraires du barème pour la pose de nouvelles prothèses destinées à des assistés sociaux de 18 ans et plus. Les 25 p. 100 restants représentent des frais modérateurs que les dentistes peuvent réclamer à leurs patients. Les enfants hospitalisés et les personnes de moins de 18 ans ne payent pas de frais modérateurs. Le paiement des prothèses n'est pas autorisé plus d'une fois tous les huit ans, sauf dans des circonstances exceptionnelles.

6.5.4 Utilisation et dépenses

On ne dispose pas de données permettant de calculer le taux d'utilisation de la composante dentaire du programme de soins de santé pour les assistés sociaux du Nouveau-Brunswick. On peut voir au tableau 6.10 que le nombre moyen de services par bénéficiaire inscrit au programme s'est élevé de 10 p. 100, pour passer de 1,0 en 1981-1982 à 1,1 en 1982-1983. En même temps, le coût moyen par service est passé de 15,82 $ en 1981-1982 à 21,19 $ en 1982-1983, soit une augmentation de 33,9 p. 100. L'effet combiné de l'accroissement dans le nombre de bénéficiaires inscrits, de la légère augmentation du nombre moyen de services par bénéficiaire inscrit et de la progression considérable du coût d'un service moyen se traduit par une augmentation annuelle de 40,6 p. 100 des dépenses totales en ce qui concerne les services dentaires assurés en vertu du programme de soins de santé pour les assistés sociaux.

Tableau 6.10
Programme de soins de santé pour les assistés sociaux du Nouveau-Brunswick
Utilisation et dépenses dentaires, pour les années financières 1981 et 1982

Année	Dépenses dentaires[a]	Nombre de services	Coût moyen par service	Nombre de personnes admissibles	Coût par personne admissible
1981-82	950 000 $	60 065	15,82 $	61 583	15,43 $
1982-83	1 600 000	75 500	21,19 $	68 595	23,33 $

a. Données sur les dépenses et les services communiquées par G. LeBlanc, superviseur des demandes de paiement de services médicaux, ministère des Services sociaux, dans sa lettre du 9 mai 1983.

Il est important de ne pas oublier que les dépenses totales aussi bien que les dépenses unitaires peuvent être modifiées par les restrictions relatives aux services dentaires autorisés pour les bénéficiaires inscrits au programme. Cette remarque s'applique dans une certaine mesure aux enfants de moins de 18 ans, mais concerne plus directement les personnes de 18 ans et plus. Le tableau des dépenses est également influencé par les frais modérateurs à payer sur les prothèses dentaires. Enfin, bien qu'on ne dispose pas de données sur la répartition de l'utilisation selon l'âge des bénéficiaires, il semblerait que la plus grande partie des services ont été dispensés à des enfants de moins de 18 ans. (Pour une description du programme provincial de soins dentaires pour les enfants dans les régions rurales insuffisamment desservies, voir la section 4.5 du présent rapport.)

6.6 Les services sociaux de Terre-Neuve et du Labrador

Les services dentaires offerts aux bénéficiaires des services sociaux de Terre-Neuve sont très limités. Le seul service dentaire offert aux adultes est l'ablation chirurgicale des dents et la fourniture de prothèses lorsqu'elles sont nécessaires pour la santé du patient. Le programme de soins dentaires pour les enfants de Terre-Neuve assure des services dentaires pour tous les enfants jusqu'à leur treizième anniversaire et il offre aussi cette protection aux enfants à charge des assistés sociaux jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ainsi qu'aux orphelins et aux pupilles du directeur des services de bien-être social pour les enfants jusqu'à leur vingt et unième anniversaire. Les informations sur l'utilisation et les dépenses du programme de services dentaires pour les enfants de Terre-Neuve portent sur ces bénéficiaires. (Voir la section 4.6 du présent rapport.)

En 1981-1982, une aide financière était offerte chaque mois à 19 800 cas en moyenne (environ 48 500 personnes) par le ministère des Services sociaux. Les dépenses au titre des services dentaires pour ces bénéficiaires étaient semble-t-il très faibles, mais il n'a pas été possible d'obtenir des montants distincts avec le système de relevés en vigueur à ce moment.

6.7 Le programme d'assistance générale de la Nouvelle-Écosse

La Nouvelle-Écosse n'offre pas de programme à l'échelle de la province qui assure les traitements dentaires pour les assistés sociaux. La Division des prestations familiales du ministère des Services sociaux administre un programme d'aide au revenu pour les handicapés et les mères célibataires soutiens de famille, mais elle ne prévoit pas de services dentaires. Toutefois, le programme de soins dentaires pour les enfants de la Nouvelle-Écosse prévoit des soins dentaires pour les enfants nés après le 1er janvier 1967 (voir la section 4.7 du présent rapport). Les services dentaires nécessaires aux bénéficiaires du programme de prestations familiales sont considérés comme des "besoins spéciaux" et toutes les dépenses afférentes sont faites dans le cadre du programme d'assistance générale administré par les municipalités.

6.7.1 Bénéficiaires

La Loi sur l'assistance sociale (Social Assistance Act) autorise les 66 municipalités de la Nouvelle-Écosse à fournir une aide financière aux personnes dans le besoin en vertu du programme d'assistance générale. Il n'existe pas de lignes de conduite provinciales sur les sommes à verser aux particuliers. Chaque municipalité formule sa propre politique, bien que la province partage les coûts des services assurés. Les services sociaux municipaux donnent une aide financière aux personnes momentanément dans le besoin ou à celles dont le revenu régulier est insuffisant pour répondre à leurs besoins. Les services sociaux peuvent également assumer les frais des personnes hébergées dans des établissements de soins spéciaux. De plus, des prestations peuvent être versées de temps à autre pour couvrir les "besoins spéciaux" de ces personnes en matière de médicaments, de services médicaux non couverts par le Régime d'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse, de services dentaires essentiels, de frais d'enterrement, de services d'infirmières de l'Ordre de Victoria, de frais de déplacement, d'équipement ménager, de réparations et de restaurations d'habitations et de dépenses inhérentes à l'éducation des enfants.

6.7.2 Services dentaires assurés

Les services dentaires autorisés sous la rubrique "besoins spéciaux" ont tendance à être limités, bien que la gamme de services varie d'une municipalité à l'autre. En général, les traitements dentaires d'urgence sont remboursés. Dans certains cas, une autorisation peut être accordée pour des prothèses dentaires et d'autres services nécessaires pour des raisons de santé.

6.7.3 Administration

Les bénéficiaires de l'assistance générale qui ont besoin de traitements dentaires doivent obtenir l'autorisation préalable des enquêteurs des services sociaux municipaux. Pour toute autre intervention qu'un traitement d'urgence, les dentistes doivent soumettre à l'approbation de l'organisme de services sociaux un programme de traitement accompagné d'une estimation des coûts. Les demandes de paiement pour les services dentaires sont présentées aux municipalités. La province et le gouvernement fédéral contribuent aux coûts de ces services en vertu des accords sur le partage des coûts du Régime d'assistance publique du Canada.

6.7.4 Utilisation et dépenses

On ne dispose pas de données permettant de calculer le taux réel d'utilisation des services dentaires en vertu du programme d'assistance générale administré par les municipalités. On trouvera au tableau 6.11 le total des dépenses annuelles des municipalités de la Nouvelle-Écosse pour les services dentaires en 1981 et 1982. Le nombre de demandes de paiement indiqué représente le nombre de facturations faites par les dispensateurs de soins, et non le nombre de familles ou de personnes seules ayant reçu des soins dentaires. Toutefois, en supposant seulement une demande de paiement par famille, on peut estimer que pas plus de 20 p. 100 des familles admissibles ont reçu des services en 1981 et en 1982. Bien que le nombre moyen mensuel de cas ait augmenté d'un peu plus de 6 p. 100 de 1981 à 1982, les dépenses estimatives ont diminué de 5 p. 100.

6.8 Ontario

Les services dentaires sont offerts aux assistés sociaux de l'Ontario par le biais de deux programmes de soutien du revenu : le Programme de prestations familiales, à l'échelle de la province, qui prévoit la prestation de soins dentaires aux parents et aux enfants à leur charge bénéficiaires du programme, et le Programme d'aide supplémentaire (Supplementary Aid Program) de l'Assistance sociale générale (GWA) administrée par les municipalités, qui prévoit la prestation de soins dentaires aux personnes seules et aux couples sans enfant. Dans certains cas

exceptionnels, les bénéficiaires de la GWA et les personnes qui ne reçoivent pas d'assistance sociale mais ont un revenu annuel inférieur à un montant donné, peuvent également demander le paiement de leurs soins dentaires en vertu de l'Assistance spéciale (Special Assistance), un autre programme de la GWA.

Tableau 6.11
Municipalités de la Nouvelle-Écosse
Dépenses au titre des services dentaires en vertu
de l'assistance générale en 1981-1982

Année	Dépenses	Nombre moyen mensuel de cas[a]	Dépenses moyennes par cas admissible	Nombre de demandes de paiement[b]	Dépenses moyennes par demande de paiement
1981	146 645 $	7 656	19,15 $	1 645	89,15 $
1982	139 165[c]	8 180[c]	17,01	1 648	84,44

a. Un "cas" représente une famille qui peut comprendre une personne ou plus.
b. Le nombre de demandes de paiement est le nombre de facturations faites par les dispensateurs de soins : il pourrait y avoir plus d'une réclamation par personne ou par cas.
c. Chiffre estimatif.

6.8.1 Bénéficiaires

Le programme de prestations familiales, parrainé par le ministère des Services sociaux et communautaires, prévoit le remboursement de certains coûts dentaires pour les parents et les enfants à leur charge bénéficiaires de prestations familiales ou d'une allocation GAINS-D. Les bénéficiaires adultes sont principalement des mères de familles monoparentales et des parents handicapés ayant des enfants de moins de 18 ans. Les couples sans enfant et les personnes seules n'ont pas droit à ces bénéfices.

En mars 1982, le nombre total des bénéficiaires de prestations familiales était de 120 061, dont 59 211 avaient des enfants admissibles aux services dentaires. On estime que 4531 de ces 59 211 cas concernaient des familles biparentales. Cependant, 4745 cas avaient trait à des enfants en tutelle dont les parents adoptifs n'avaient pas droit aux services dentaires. En conséquence, on estime à environ 60 000 le nombre des adultes admissibles, et le nombre des enfants admissibles à 101 365.

L'aide supplémentaire permet aux personnes qui reçoivent des prestations familiales et d'autres prestations du gouvernement (spécialement les prestations de la Sécurité de la vieillesse) de recevoir des services dentaires. Ainsi, les services dentaires non prévus par le programme de prestations familiales comme les soins orthodontiques, peuvent être couverts par l'aide supplémentaire. De plus, les couples et les personnes seules qui ne peuvent recevoir des soins dentaires en vertu du programme de prestations familiales peuvent demander le paiement des traitements dentaires nécessaires par le biais de l'aide supplémentaire.

L'assistance spéciale permet aux personnes qui reçoivent des prestations d'assistance générale, ainsi qu'aux personnes à faible revenu, mais qui ne reçoivent pas de prestations d'aide sociale, de recevoir des services dentaires. Toutefois, comme l'aide supplémentaire et l'assistance spéciale sont des programmes facultatifs, les pratiques varient d'une municipalité à l'autre et l'on ne dispose pas de données sur le nombre total de personnes qui reçoivent des services dentaires en vertu de la Loi sur l'assistance sociale générale.

6.8.2 Services dentaires assurés

Les enfants à charge inscrits au programme de prestations familiales peuvent recevoir les services qui correspondent aux catégories suivantes :

— examen
— radiographie
— prophylaxie et application topique de fluorure
— obturation en plastique et en amalgame et couronne en acier inoxydable ou en polycarbonate
— endodontie sur les dents antérieures permanentes et sur les prémolaires
— extraction
— contrôle de la carie et traitement de la douleur.

Les parents des enfants inscrits au programme ont droit à un plus petit nombre de services que les enfants; par exemple, les services de prévention et les services d'endodontie ne sont pas assurés. Sont assurés les services suivants :

— examen d'urgence
— radiographie
— obturation en plastique et en amalgame, et couronne en acier inoxydable ou en polycarbonate
— extraction
— contrôle de la carie et traitement de la douleur.

Dans des cas exceptionnels, si un bénéficiaire de prestations familiales a besoin d'un traitement dentaire non mentionné ci-dessus, il peut être adressé à sa municipalité qui peut lui faire dispenser des services dentaires additionnels en vertu du programme d'aide supplémentaire, comme on l'a mentionné plus haut.

6.8.3 Administration

Le ministère des Services sociaux et communautaires délivre des cartes d'identité aux bénéficiaires de prestations familiales. Les personnes qui ont besoin de services dentaires présentent cette carte au dentiste comme preuve de leur admissibilité au programme de soins dentaires. Tous les services sont dispensés par des dentistes en clientèle privée, lesquels présentent les demandes de paiement directement à l'Association dentaire de l'Ontario, qui administre le programme dentaire pour les bénéficiaires de prestations familiales et perçoit des honoraires à cette fin (5 p. 100 des paiements).

Certaines municipalités ont également passé des contrats avec l'Association dentaire de l'Ontario pour administrer les soins dentaires assurés en vertu de leurs programmes d'assistance spéciale et d'aide supplémentaire.

Les administrateurs (Welfare Trustees) de l'Association dentaire de l'Ontario préparent et distribuent un barème annuel des prestations et des allocations. Les dentistes sont invités à présenter leurs factures selon leurs honoraires habituels, toutefois le paiement est fonction des prix du barème. Les honoraires remboursables sont négociés entre le Ministère et l'Association dentaire de l'Ontario; en général, ces honoraires s'établissent à 90 p. 100 du barème en vigueur de l'Association dentaire de l'Ontario. Les dentistes ne sont pas autorisés à surfacturer leurs clients, mais ils peuvent leur demander des honoraires pour les services additionnels non prévus par le programme.

6.8.4 Utilisation et dépenses

On ne dispose pas de données permettant de calculer l'utilisation du programme. Pour l'année financière 1981-1982, les dépenses brutes au titre du programme dentaire pour les bénéficiaires de prestations familiales se chiffraient à 6,7 millions de dollars, y compris des frais administratifs d'environ 320 000 $ payés à l'Association dentaire de l'Ontario. Par conséquent, les dépenses pour les services dentaires s'élevaient à environ 6 380 000 $, soit à peu près 40 $ par personne admissible.

6.9 Île-du-Prince-Édouard

Le ministère provincial des Services sociaux n'a aucun programme officiel prévoyant des services dentaires pour les assistés sociaux. Les travailleurs des services sociaux peuvent autoriser le paiement de services de base limités principalement aux traitements d'urgence et aux prothèses nécessaires pour la santé, après examen du cas, si le patient a des "besoins spéciaux" prévus par le régime d'assistance publique (General Welfare Assistance).

Le nombre moyen des assistés sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard s'élevait à 11 300 en mars 1982. On ne dispose d'aucun renseignement sur le nombre de prestataires qui ont obtenu des traitements dentaires par l'intermédiaire du ministère des Services sociaux. Toutefois, au cours de l'année financière 1981-1982, environ 100 000 $ ont été versés pour des services dentaires destinés à des assistés sociaux*. Un tiers environ de cette somme couvrait des prothèses dentaires.

6.10 Québec

Depuis janvier 1976, la province de Québec assure des services dentaires aux assistés sociaux qui sont essentiellement équivalents aux services assurés par le programme de soins dentaires pour les enfants du Québec (section 4.10). Les deux programmes sont administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour le compte du ministère des Affaires sociales.

---

* Communication verbale du 19 mai 1983 : M. R.G. Romcke, Directeur de la santé dentaire, ministère de la Santé et des Services sociaux de l'île-du-Prince-Édouard.

6.10.1 Bénéficiaires

En 1982, quelque 806 872 assistés sociaux avaient droit aux services dentaires en vertu de ce programme, ce qui représente environ 12,5 p. 100 de la population du Québec. On trouvera au tableau 6.12 le nombre de personnes admissibles chaque année depuis 1980.

6.10.2 Services dentaires assurés

Les assistés sociaux peuvent recevoir tous les services autorisés en vertu du programme dentaire pour les enfants du Québec (présenté dans la section 4.10.2 du présent rapport), à l'exception des applications topiques de fluorure et des services d'endodontie. De plus, les bénéficiaires de 13 ans et plus ont continué à avoir droit aux services de restauration et aux extractions simples et complexes après août 1982, date à laquelle ces services ont été retirés du programme de soins dentaires pour les enfants du Québec, pour ceux de plus de 12 ans. Le détartrage des dents, qui n'est pas assuré en vertu du programme pour les enfants, est autorisé pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ainsi que le paiement des prothèses complètes et partielles. Les personnes qui présentent des demandes de paiement pour les prothèses doivent avoir reçu des prestations d'aide sociale pendant au moins six mois, et le régime autorise le paiement d'une seule prothèse complète ou partielle tous les cinq ans. On peut donc voir que les services dentaires autorisés pour les assistés sociaux sont très étendus.

6.10.3 Administration

Les assistés sociaux reçoivent tous les mois une carte qui leur donne droit aux services dentaires assurés ainsi qu'aux produits d'ordonnance (depuis 1970). Tous les services peuvent être dispensés par les dentistes; les denturologistes peuvent fournir des prothèses complètes et partielles. La plus grande partie des services sont dispensés en cabinet privé, bien que le programme rembourse également les services assurés lorsqu'ils sont dispensés dans des hôpitaux et dans des facultés de médecine dentaire. Les dentistes et les denturologistes présentent leurs demandes de paiement directement à la Régie de l'assurance-maladie, en fonction d'un barème d'honoraires négocié par cet organisme.

6.10.4 Utilisation et dépenses

En 1982, 22 934 700 $ ont été versés au titre des services dentaires pour 138 391 assistés sociaux. On trouvera au tableau 6.12 des données sur l'utilisation et les dépenses en vertu du régime, de 1980 à 1982. Le nombre des personnes admissibles s'est accru de près de 25 p. 100 durant cette période, tandis que le nombre d'utilisateurs s'est accru d'un peu plus de 30 p. 100. L'augmentation marquée du nombre des personnes admissibles de 1981 à 1982 reflète l'élévation du taux de chômage plutôt que des changements apportés aux critères d'admissibilité. Le pourcentage des personnes admissibles qui ont utilisé les services dentaires est demeuré assez stable au cours de ces trois années. Le nombre moyen des services assurés aux utilisateurs (tableau 6.13) est également demeuré inchangé pour l'essentiel.

Les dépenses totales pour les services dentaires ont augmenté de 42 p. 100 de 1980 à 1982, alors que les dépenses moyennes par utilisateur ont augmenté de 8,5 p. 100 pour passer de près de 153 $ à près de 166 $. Le coût moyen par service (tableau 6.13) a augmenté de près de 6,5 p. 100 durant cette période.

Tableau 6.12
Services dentaires pour les assistés sociaux du Québec
Utilisation et dépenses[a]

Année	Nombre moyen de personnes admissibles	Nombre d'utilisateurs	Utilisation en pourcentage	Dépenses	Dépenses par utilisateur
1980	646 155	105 605	16,3	16 131 025 $	152,75 $
1981	682 859	120 017	17,6	18 739 161 $	156,14 $
1982	806 872	138 394	17,2	22 934 700 $	165,72 $

a. Communication personnelle avec le Dr Gilles Pelletier, conseiller cadre, médecine dentaire, Régie de l'assurance-maladie du Québec, octobre 1983.

Tableau 6.13
Services dentaires pour les assistés sociaux du Québec
Nombre moyen de services par utilisateur
et coût par service

Année	Nombre de services[a]	Nombre de services par utilisateur	Coût moyen par service
1980	732 759	6,9	22,01 $
1981	846 504	7,0	22,14 $
1982	978 932	7,1	23,43 $

a. Données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour 1980 et 1981, Statistiques annuelles, 1981. Données sur les services pour 1982 communiquées par le Dr G. Pelletier, en octobre 1983.

6.11 *Supplementary Health Program* de la Saskatchewan

La Saskatchewan a été la première province à mettre en oeuvre un programme de services médicaux d'une grande portée pour les personnes qui reçoivent régulièrement des prestations d'assistance sociale. Avec l'inauguration du *Social Assistance Medical Care Plan* le 1er janvier 1945, la province a assumé au nom de tous les assistés sociaux le coût des services médicaux autorisés. Avant l'introduction de ce programme, les coûts des services médicaux pour les assistés sociaux étaient à la charge des municipalités.

6.11.1 Bénéficiaires

Le *Supplementary Health Program*, qui a remplacé le *Social Assistance Medical Care Plan*, assume les coûts d'une vaste gamme de services médicaux dispensés aux personnes désignées par les services sociaux de la Saskatchewan. Les personnes entrant dans les catégories suivantes peuvent bénéficier de ce programme :

1. les bénéficiaires du *Saskatchewan Assistance Plan;*
2. les pupilles du gouvernement;
3. les détenus des centres correctionnels;
4. les personnes de 65 ans et plus résidant dans certains types de centres de soins spéciaux ou dans des établissements de soins spéciaux prolongés*.

En sus des services dentaires, ce régime rembourse une vaste gamme de services médicaux : les services non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation de la Saskatchewan, les lunettes, de nombreux médicaments qui ne figurent pas dans le formulaire des médicaments et qui ne sont pas couverts par le *Prescription Drug Plan* de la Saskatchewan, ainsi que les honoraires pour préparer et remplir les ordonnances des médicaments figurant au formulaire et couverts par le *Prescription Drug Plan*. Le régime rembourse également la plupart des fournitures et des appareils médicaux qui peuvent être prescrits par un médecin.

L'admissibilité au *Supplementary Health Program* est déterminée par différents critères pour chaque catégorie de bénéficiaire. Les bénéficiaires du Régime d'assistance publique de la Saskatchewan sont admissibles au SHP s'ils sont assistés sociaux, après évaluation des besoins individuels. Les pupilles du gouvernement et les détenus des centres correctionnels sont déclarés tels par décision des tribunaux. Les bénéficiaires de la catégorie quatre ont droit aux prestations du *Supplementary Health Plan* s'ils ont un faible revenu et s'ils sont hébergés dans certains établissements de soins. Tous les enfants de 4 à 15 ans reçoivent des services dentaires en vertu du régime de soins dentaires pour les enfants (Saskatchewan Dental Plan for Children) (voir la section 4.11 du présent rapport).

Le nombre moyen annuel des bénéficiaires des services médicaux supplémentaires a diminué au cours des cinq dernières années, bien qu'on relève une légère augmentation en 1981-1982. On trouvera au tableau 6.14 le nombre moyen annuel des bénéficiaires de 1977 à 1982.

* Les bénéficiaires de la catégorie quatre sont les personnes qui ne reçoivent pas de prestations d'aide sociale, mais qui ont droit aux prestations du *Supplementary Health Program* en raison de leur faible revenu et parce qu'elles sont hébergées dans certains types d'établissements.

Tableau 6.14
Supplementary Health Program de la Saskatchewan
Nombre moyen mensuel des personnes
inscrites au programme,
de 1977-1978 à 1981-1982

Année	Bénéficiaires[a]
1977-78	46 344
1978-79	45 623
1979-80	45 283
1980-81	44 701
1981-82	44 863

a. À l'exclusion des détenus des centres correctionnels. Le nombre moyen mensuel des détenus qui ont reçu des services en 1981-1982 était de 1070.
Source : Saskatchewan Health, Annual Report, 1981-1982.

6.11.2 Services dentaires assurés

Les bénéficiaires du *Supplementary Health Program* ont droit à une vaste gamme de services dentaires comprenant la prévention, la restauration, la chirurgie buccale, l'orthodontie et les prothèses fournies soit par un denturologiste, soit par un dentiste. Une autorisation préalable est nécessaire avant d'entreprendre certains traitements plus coûteux. Une commission dentaire consultative comprenant trois dentistes praticiens (y compris un orthodontiste) examine les demandes de services de prothèse, de traitements orthodontiques et de services de restauration désignés. Les services offerts aux enfants de quatre à quinze ans en vertu du programme de soins dentaires de la Saskatchewan ne sont pas remboursables en vertu du *Supplementary Health Program*.

6.11.3 Administration

Les bénéficiaires du *Supplementary Health Program* reçoivent une carte qui leur donne droit aux services assurés par le programme, de la même manière que la carte d'assurance-maladie permet aux résidents de la province d'obtenir les services médicaux et chirurgicaux en vertu du Régime d'assurance-maladie de la Saskatchewan. Les bénéficiaires peuvent recevoir gratuitement les services dentaires courants en présentant leur carte à un dentiste participant. Toutefois, les bénéficiaires doivent débourser une somme pour les prothèses; en 1981-1982, le maximum était de 15 $ par prothèse, ou 30 $ pour deux dentiers haut et bas. Depuis le 1er janvier 1980, les denturologistes sont également autorisés à fournir des dentiers. Les frais modérateurs pour les prothèses sont les mêmes, quelle que soit la catégorie de dispensateur de soins.

La Division des services médicaux administre les paiements de services dentaires fournis et des autres services médicaux offerts en vertu du *Supplementary Health Program*. Un barème des services dentaires et des paiements est négocié à des intervalles réguliers avec le Collège des chirurgiens-dentistes de la Saskatchewan. La Commission consultative dentaire mentionnée plus haut aide la Division des services médicaux à régler les comptes qui présentent des difficultés.

6.11.4 Utilisation et dépenses

On ne dispose d'aucune donnée permettant de calculer le taux d'utilisation des services dentaires prévus par le programme. On trouvera au tableau 6.15 un aperçu des dépenses qui permet de constater que, depuis 1979-1980, les dépenses dentaires représentent environ 50 p. 100 des dépenses totales du programme. Le tableau 6.16 donne le total, ainsi que la moyenne des dépenses dentaires, sur la base des coûts par bénéficiaire inscrit au programme, et des coûts par service. On peut voir que le coût moyen est passé de 18,46 p. 100 en 1979-1980 à 25,95 $ en 1981-1982, soit une augmentation globale de 40,6 p. 100. Durant la même période, le nombre moyen de services par bénéficiaire inscrit est tombé de 1,11 à 1,05. Ces deux tendances inverses ont eu pour résultat une augmentation globale des dépenses moyennes par bénéficiaire inscrit, qui sont passées de 20,47 $ en 1979-1980 à 27,28 $ en 1981-1982, soit une augmentation de 33,3 p. 100. Malheureusement, on ne dispose pas de données comparables pour les utilisateurs réels du programme, mais on peut présumer que le changement survenu dans l'utilisation n'a pas été important pendant les trois années en question.

En ce qui concerne l'année financière 1981-1982, il faut noter que, sur un total de 1 223 874 $ pour les services dentaires, le *Supplementary Health Program* a consacré 1 158 537 $ (94,7 p. 100) pour les services dentaires à l'intention des assistés sociaux (catégorie un), des pupilles du gouvernement (catégorie deux) et de certains résidents des centres de soins spéciaux (catégorie quatre). Sur les sommes consacrées aux traitements dentaires pour les bénéficiaires des catégories un et deux, la Saskatchewan s'est fait rembourser presque 46 p. 100 (527 594 $) par le gouvernement fédéral en vertu des dispositions du Régime d'assistance publique du Canada* relatives au partage des coûts.

Tableau 6.15
Supplementary Health Program de la Saskatchewan
Dépenses au titre des services, de 1979-1980 à 1981-1982[a]

Année	Services dentaires	Services oculaires	Médicaments et appareils	Services médicaux[b]	Total des dépenses du programme
1979-80	927 138	276 812	626 521	22 932	1 853 403
1980-81	1 060 854	266 196	639 035	50 484	2 016 569
1981-82	1 223 874	355 341	829 489	65 452	2 474 156

a. Tiré du *Saskatchewan Health, Annual Report*, 1981-1982.
b. Examens médicaux demandés par les Services sociaux de la Saskatchewan et non couverts par l'assurance-maladie de la province.

Tableau 6.16
Supplementary Health Program de la Saskatchewan
Dépenses totales et moyennes pour les services dentaires

Année	Total des dépenses dentaires	Nombre de personnes inscrites[a]	Dépenses moyennes par personne inscrite	Nombre de services	Dépenses moyennes par service
1979-80	927 138 $	45 283	20,47 $	50 214	18,46 $
1980-81	1 060 854	44 701	23,73	47 470	22,35
1981-82	1 223 874	44 863	27,28	47 166	25,95

a. À l'exclusion des détenus des centres correctionnels

* La portion des dépenses récupérables en vertu du Régime d'assistance publique du Canada n'atteint pas tout à fait 50 p. 100 parce que certaines des dépenses dentaires pour les résidents des maisons de santé et des centres d'hébergement pour arriérés mentaux sont remboursées en vertu de la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis. Source : Dianne Anderson, Director of Federal-Provincial Arrangements Branch, Saskatchewan Social Services. Lettre du 13 mai 1983.

7.0 LES RÉGIMES D'ASSURANCE DENTAIRE COLLECTIVE DU SECTEUR PRIVÉ

7.1 Introduction

Le premier régime canadien d'assurance dentaire collective du secteur privé a été créé en 1966 pour fournir des services dentaires aux membres de l'Association internationale des travailleurs du métal en feuilles. Il était administré par un organisme, le *Credit Unions and Cooperatives Health Services Society* (CU&C) de la Colombie-Britannique, qui assurait déjà des services médicaux. L'assurance dentaire a été ajoutée à l'assurance médicale et chirurgicale qui faisait déjà partie des avantages sociaux obtenus par le syndicat, et les employés syndiqués étaient automatiquement assurés. Les avantages négociés par l'Association internationale des travailleurs du métal en feuilles étaient financés par les cotisations des employés syndiqués, avec contribution des employeurs. Le montant des cotisations mensuelles était établi par le CU&C et ajusté en fonction des demandes de paiement faites en vertu du régime. L'administrateur du CU&C recevait des demandes de paiement pour les services dentaires, émanant des participants et des dentistes, qu'il réglait d'après un barème joint au contrat et le pourcentage de coassurance, et remboursait les demandeurs (voir section 2.4).

Les régimes d'assurance dentaire financés par le secteur privé sont une forme de prévoyance, ou d'assurance collective, qui figure le plus souvent parmi les avantages sociaux des travailleurs. Les travailleurs syndiqués ont été les premiers à mettre sur pied des régimes d'assurance dentaire collectifs. De 1975 à 1982, les régimes d'assurance dentaire ont été l'élément des avantages sociaux qui s'est développé avec le plus de succès. En 1982, environ les deux tiers des conventions collectives comprenaient des bénéfices dentaires. C'est en grande partie en fonction des ressources consacrées aux avantages sociaux des travailleurs qu'a augmenté le nombre de ces régimes et que s'est élargie leur protection.

Les régimes d'assurance dentaire sont élaborés, administrés, financés et offerts d'après le modèle des régimes d'assurance collective qui couvrent les frais médicaux et d'hospitalisation, moyennant le versement de primes. À l'origine, on distinguait deux types de régimes dont le principe et la fonction étaient différents : les régimes à paiement anticipé offraient cet avantage que l'utilisateur n'avait pas à payer les services au moment où il les utilise; il était convenu que les dispensateurs de services acceptaient les versements directs faits par le régime. Les régimes d'indemnité, mis au point par les compagnies d'assurance commerciales, suivaient le modèle traditionnel des assurances, c'est-à-dire que l'utilisateur payait les services au moment où il les recevait et réclamait ensuite leur remboursement à l'assureur jusqu'à concurrence d'un montant déterminé à l'avance. Les régimes d'indemnité visaient à subventionner ou à modérer les dépenses de l'assuré plutôt qu'à le dégrever de tous ses frais. Les modifications apportées à ces deux types d'assurance ont affaibli cette distinction originale, mais les deux types d'organisme qui ont élaboré ces régimes continuent à offrir toute une gamme d'assurances collectives qui prévoient également le paiement des services dentaires.

7.2 Sources et limites des données

Les données sur les régimes privés d'assurance dentaire collective utilisées dans cette section proviennent de l'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire de 1982. Ces données ont été complétées par des informations provenant de sources secondaires, ainsi que d'entrevues avec des représentants des syndicats, des experts-conseils en avantages sociaux, et des administrateurs de régimes d'assurance dentaire. Il a été décidé de cueillir les données originales auprès des assureurs plutôt que des organismes parrains des programmes (c'est-à-dire les organismes qui fixent les limites des groupes, habituellement les employeurs ou les syndicats), ou des participants, (c'est-à-dire les personnes inscrites aux programmes et admissibles aux bénéfices), et cela, en raison du type d'information désiré. On a tout d'abord cherché à obtenir des renseignements précis sur le nombre de personnes inscrites à des régimes d'assurance dentaire collective et, ensuite, sur l'utilisation des services dentaires offerts par ces régimes et sur les dépenses connexes. D'autres études sur les assurances dentaires ont porté sur les employeurs en leur qualité de parrains des régimes, ou sur les participants (utilisateurs). À ce niveau, il est très facile d'obtenir des renseignements sur les services assurés par les régimes d'assurance dentaire, sur les dispositions relatives au copaiement, et au prix payé pour certaines interventions. Toutefois, les organisations qui parrainent les régimes ne rassemblent pas de renseignements sur les demandes de remboursement présentées et acceptées en vertu de ces

régimes. À notre avis, les assureurs, étant chargés du paiement, seraient les meilleures sources d'information sur le nombre de personnes assurées, l'utilisation des services dentaires et les sommes versées.

Les entretiens préliminaires avec des assureurs choisis ont permis d'élaborer le questionnaire de l'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire (appendice II) qui porte sur quatre domaines :

Personnes assurées – Le nombre et les caractéristiques démographiques des personnes inscrites à de régimes d'assurance dentaire collective.
Services dentaires – La gamme des services assurés, les restrictions imposées et les taux de remboursement.
Administration – Les demandes de paiement et les coûts administratifs.
Bénéfices dentaires – L'utilisation des services dentaires en vertu des régimes et les sommes versées pour les bénéfices.

On n'a pas rassemblé de données sur la couverture des soins dentaires prévus par les polices d'assurance contre la maladie et les accidents, individuelles et collectives, qui ne couvrent que les soins rendus nécessaires par des dommages causés aux dents naturelles à la suite d'un accident. Sont également exclues les polices d'assurance couvrant les dommages subis ou causés lors de la pratique de sports, et vendues par l'intermédiaire de nombreuses commissions scolaires publiques.

Pour élaborer l'étude, il a fallu rechercher toutes les organisations offrant des bénéfices dentaires au Canada. On a ensuite divisé les assureurs en trois types, d'après les données historiques, et d'après leur mode de constitution en corporation et de réglementation.

Les compagnies d'assurance : organisations qui offrent des assurances contre la maladie et contre d'autres types de risques et qui sont membres de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.

Les coopératives et la Croix-Bleue : organisations qui se spécialisent dans les assurances-soins médicaux et assurances-hospitalisation, qui sont constituées en corporations en tant qu'associations bénévoles, mutuelles et coopératives.

Les autres organisations qui mettent en oeuvre des régimes en dehors du réseau d'assureurs généralement reconnu : cliniques de services directs, régimes de remboursement non assurés, autofinancés et auto-administrés, et enfin gestionnaires de contrats à titre de tierce partie, qui mettent en oeuvre des régimes de prévoyance non assurés pour les employeurs ou les syndicats.

Nous avons tenu compte de ces catégories d'assureurs dans la présentation des données sur les régimes d'assurance dentaire collective, bien que les caractéristiques qui les distinguaient au départ se soient estompées avec le temps dans des circonstances que nous examinerons dans la section 7.6 sur l'administration.

Les membres du groupe de recherche sont entrés en communication avec des représentants de tous les assureurs relevés. Au cours d'entrevues, les chercheurs ont exposé les objectifs de l'étude, présenté le questionnaire et sondé l'accessibilité des données requises. On trouvera au tableau 7.1 les données sur la participation des organismes contactés.

Tableau 7.1
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Nombre de participants à l'étude par type de tiers payant

Type de tiers payant	Population de l'étude	Nombre de répondants
Compagnies d'assurance[a]	40	36
Coopératives et Croix-Bleue[b]	12	8
Autres[c]	4	4
Total	56	48

a. Au départ, on a relevé 47 compagnies. Quatre d'entre elles ont été écartées parce qu'elles n'offraient pas d'assurance dentaire collective. De plus, trois compagnies ayant leur siège social aux États-Unis offraient des bénéfices dentaires au Canada, mais elles étaient incapables de présenter des données séparées sur les assurés canadiens. Il restait donc 40 compagnies. Trente-six d'entre elles ont répondu au questionnaire. Une compagnie canadienne a répondu pour le compte de sa filiale américaine ainsi que pour son propre compte.
b. On a relevé au total huit régimes de Croix-Bleue et quatre coopératives. Quatre régimes de Croix-Bleue ont communiqué suffisamment de données pour être inclus dans l'étude. Les quatre coopératives ont toutes répondu au questionnaire.
c. Les organismes de la catégorie "Autres" offrent des régimes d'assurance dentaire à tiers payant en dehors du réseau d'assureurs généralement reconnu. On n'a pas essayé de relever toutes les organisations entrant dans cette catégorie. Toutefois, on estime que peu d'organisations importantes ont été oubliées.

Presque tous les assureurs contactés ont été extrêmement coopératifs; huit d'entre eux seulement n'ont pas donné de l'information. Toutefois, les systèmes de relevés utilisés dans ce secteur présentent d'extrêmes divergences quant à la quantité d'informations à fournir. Peu d'assureurs disposent d'informations raffinées comme le requiert cette étude. Par exemple, les assureurs, de façon générale, ne font qu'estimer le nombre de personnes assurées en vertu des régimes d'assurance dentaire collective. Quelques assureurs enregistrent le nombre précis de participants principaux et des personnes à leur charge. D'autres enregistrent seulement le fait que le participant est seul assuré, ou que sa famille l'est également. Une grande partie des assureurs n'ont même pas de relevés aussi détaillés; ils estiment plutôt que de 75 à 80 p. 100 des participants ont assuré leur famille, et ils en déduisent le nombre de personnes à charge, d'après un ratio relatif à la taille des familles. Les assureurs n'utilisent pas de facteurs uniformes pour estimer le nombre des couvertures familiales ou le nombre de personnes à charge. Certains assureurs ne peuvent même pas se référer rapidement à des estimations approximatives des personnes assurées en se basant sur le nombre des participants principaux, puisqu'une partie de leurs activités était administrée par des courtiers, des gros employeurs ou des syndicats qui, bien qu'ils tiennent des dossiers sur leurs participants, font simplement des versements à l'assureur sur la base du montant des paiements. Dans d'autres cas, on ne conserve aucun relevé séparé sur les Canadiens participant à des régimes d'assurance dentaire offerts par certaines filiales canadiennes de compagnies d'assurance établies aux États-Unis. Tous les dossiers sont tenus au siège social et les données ne sont pas réparties selon la nationalité. De plus, un nombre inconnu de Canadiens employés par des multinationales qui pourraient être couverts par des régimes offerts par des compagnies d'assurance américaines n'ont pas été inclus dans l'étude. D'autre part, la détermination du nombre réel des personnes assurées est encore compliquée par la présence d'un nombre indéterminé de personnes qui ont été comptées deux fois, par exemple, lorsque deux membres ou plus de la famille, qui occupent un emploi, participent à des régimes différents d'assurance collective, ou lorsque des régimes provinciaux d'assurance dentaire couvrent les personnes à charge des participants principaux de régimes privés.

Les données sur l'utilisation des services dentaires et les indemnités versées sont conservées de façon plus précise et plus détaillée, en particulier par les compagnies qui ont des systèmes de traitement des données automatisés. Cependant, ces systèmes de traitement des données visent à obtenir des renseignements financiers pour faciliter la gestion plutôt que des renseignements de nature épidémiologique ou même descriptive. Bien que les systèmes puissent enregistrer des informations détaillées, il n'est pas toujours facile de les obtenir. Les compagnies qui ont des systèmes automatisés de traitement des demandes de paiement disposent d'informations détaillées dans les dossiers de leurs clients : âge, adresse, dates des visites au dentiste, code de traitement et coût des services offerts, mais on ne peut obtenir facilement, au niveau des régimes ou des compagnies, que des données relatives aux coûts. De plus, au bout de 6 à 12 mois, les assureurs retirent de leurs fichiers actifs les données sur les demandes de paiement.

Les techniques de traitement des demandes de paiement sont en pleine mutation. Tous les assureurs ont signalé que, dans deux à quatre ans, ces opérations seraient entièrement automatisées. On pourrait donc s'attendre à ce que la quantité et la qualité des informations sur l'utilisation subissent des changements considérables. Bien que cette période de transition donne une excellente occasion de recommander de meilleurs systèmes de traitement des données, les possibilités des assureurs peuvent être limitées par le fait que nombre d'entre eux achètent des progiciels qui, là encore, sont axés sur la gestion.

En conclusion, la qualité des données disponibles varie considérablement selon les assureurs. Nous avons demandé aux assureurs incapables de donner des données précises et détaillées, de présenter des estimations, partant du principe qu'à ce premier stade de rassemblement des données, des estimations documentées communiquées par les compagnies d'assurance étaient préférables au manque total d'informations. Toutefois, il est nécessaire d'interpréter ces données avec prudence, car leur fiabilité est souvent incertaine.

7.3 Personnes admissibles aux bénéfices

La personne inscrite à un régime d'assurance dentaire est appelée "participant principal". Presque tous les régimes d'assurance dentaire offrent aux participants principaux l'occasion d'étendre la protection aux membres de leur famille désignés collectivement sous le terme de "personnes à charge". En général, on considère qu'une famille comprend un participant principal ou cotisant au régime, un conjoint et tous les enfants à charge qui ne dépassent pas un âge donné, le plus souvent 21 ans. Sont exceptés de cette condition les enfants de plus de 21 ans qui fréquentent l'école à plein temps, ainsi que les personnes à charge handicapées, quel que soit leur âge. Certaines compagnies ne définissent pas le conjoint de façon rigoureuse et elles admettent plus d'un conjoint lorsque les tribunaux ont accordé une pension alimentaire à un conjoint en cas de séparation ou de divorce.

L'inscription aux régimes d'assurance dentaire à paiement anticipé est presque exclusivement limitée aux membres de certains groupes. Cet usage a été adopté d'après l'expérience des régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation, après qu'on eut constaté que, du point de vue actuariel, la réunion de personnes travaillant pour le même employeur ou poursuivant ensemble un but d'ordre général (non lié à l'obtention d'une assurance) permettait de prédire certains risques avec quelque chance de succès. Trois types de groupes ont été considérés comme admissibles à l'assurance collective.

1. Les groupes composés des employés de la même entreprise. L'employeur peut être un magasin de quartier avec cinq employés aussi bien qu'une multinationale qui emploie 5000 personnes ou plus dans plusieurs pays.
2. Les groupes à employeurs multiples composés de l'une ou l'autre des catégories suivantes : a. les membres d'un même syndicat ou association professionnelle qui travaillent pour plus d'un employeur, mais deviennent admissibles par leur appartenance à leur propre syndicat ou association, ou b. les employés de membres d'une association, par exemple, une association professionnelle d'entrepreneurs indépendants, qui deviennent admissibles parce que leur employeur est membre d'un groupe.
3. Les groupes ayant une fonction spéciale non liée à l'emploi : congrégations religieuses, organismes communautaires et sociétés de secours mutuel.

L'affiliation à un groupe est déterminée le plus souvent par l'emploi, moins fréquemment par l'appartenance à des organismes bénévoles et à des sociétés de secours mutuel.

Bien que l'appartenance à un groupe soit une condition de la souscription à une assurance, il n'est pas nécessaire que le groupe soit important*. Les assureurs font état d'un total de 31 948 groupes inscrits à l'assurance dentaire. On trouvera au tableau 7.2 la répartition des contrats d'assurance dentaire collective selon la taille du groupe assuré. Près de la moitié de tous les groupes comprennent moins de 25 assurés principaux et près de 60 p. 100 en comprennent moins de 50. Avec les années, et à mesure que les assureurs faisaient l'expérience de l'assurance collective et qu'ils se faisaient concurrence dans la recherche de nouveaux marchés, la taille minimale des groupes admissibles à des régimes d'assurance pour les services dentaires a diminué de sorte que, en 1983, au moins un assureur acceptait l'inscription de "groupes" de deux membres seulement.

En 1982, la Croix-Bleue du Manitoba a inauguré un "Plus Plan" avec tous les "avantages des soins de santé" pour les assurés à titre individuel, ce qui a encore affaibli le critère de groupe. Ce régime couvrait divers services médicaux non couverts par l'assurance-maladie de la province, notamment les produits d'ordonnance et les appareils médicaux, les soins oculaires, ainsi que les services dentaires de base et majeurs. Le régime remboursait aux cotisants 60 p. 100 des dépenses dentaires jusqu'à un maximum de 300 $ par personne par année civile. La Croix-Bleue de l'Ontario avait offert à titre expérimental une protection analogue quelques années auparavant, mais y avait renoncé parce que moins de 1000 personnes avaient souscrit à cette assurance. Malgré ces innovations et modifications, dans le secteur privé, les assurances dentaires ont tendance à être des assurances collectives et la plupart des bénéficiaires l'obtiennent à leur lieu de travail.

Par conséquent, les assurés sont surtout des personnes ayant un emploi, c'est-à-dire principalement des personnes âgées de 20 à 65 ans. De plus, les régimes d'assurance dentaire collective parrainés par les employeurs ont tendance à être limités aux employés permanents à plein temps. Toutefois, certains employeurs offrent des avantages limités aux employés permanents à temps partiel, après une période d'attente de un à trois ans.

Habituellement, dans le cas des assurances offertes par l'employeur, l'assuré cesse d'être admissible à la fin du mois où son emploi prend fin, bien qu'il y ait des exceptions. Par exemple, certains syndicats qui représentent des travailleurs dont l'emploi est irrégulier ou saisonnier, parrainent des régimes qui permettent aux assurés d'accumuler des points de travail ou des heures dans une "banque" pour continuer à être assurés pendant les périodes de chômage. Ces régimes permettent également aux participants de continuer à s'assurer en versant directement leurs propres primes. Les régimes pour les travailleurs syndiqués peuvent également contenir des dispositions pour que les participants continuent à être assurés durant les grèves ou les périodes de mise à pied.

Une petite proportion des régimes offerts par les employeurs étendent l'admissibilité aux participants qui ont pris leur retraite, ou prévoient que les conjoints survivants des assurés principaux décédés continueront à être admissibles. D'après les réponses des assureurs à l'étude, moins de 1 p. 100 de toutes les assurances dentaires collectives contenaient une disposition de ce genre. Presque la moitié des répondants n'avaient pas de contrat prévoyant que l'assuré principal continue à bénéficier de l'assurance lorsqu'il quitte son emploi. Sur les 16 assureurs qui ont fait état de dispositions de ce genre, la moitié ont indiqué qu'elles visaient moins de 5 p. 100 des contrats. L'admissibilité des conjoints survivants des assurés principaux, pour des périodes allant jusqu'à deux ans sans qu'ils aient à verser de primes additionnelles, est un avantage plus souvent offert que l'admissibilité des retraités.

* La taille du groupe dépend, toutefois, des montants remboursés et des primes versées par les membres, comme on le verra à la section 7.6.2.

Tableau 7.2
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Répartition des contrats par type de régime à tiers payant et nombre des participants principaux assurés[a]

Nombre de participants principaux par contrat	Nombre de contrats						
	Compagnies d'assurance	(%)	Coopératives et Croix-Bleue	(%)	Total	(%)	Pourcentage cumulatif[b]
1-4	916	(4)	2 202	(19)	3 118	(9,8)	(9,8)
5-24	8 664	(42)	4 035	(35)	12 699	(39,7)	(49,5)
25-49	2 141	(10)	946	(8)	3 087	(9,7)	(59,2)
50-99	1 461	(7)	667	(6)	2 128	(6,7)	(65,9)
100-249	1 212	(6)	529	(5)	1 741	(5,4)	(71,3)
250-499	546	(3)	239	(2)	785	(2,5)	(73,8)
500-999	301	(1)	86	(1)	387	(1,2)	(75,0)
1 000-4 999	259	(1)	73	(1)	332	(1,0)	(76,0)
5 000+	30	(<1)	8	(<1)	38	(0,1)	(76,1)
Contrats non classés	5 087	(25)	2 546	(22)	7 633	(23,9)	(100,0)
Total des contrats	20 617	(100)	11 331	(100)	31 948	(100,0)	

a. Au total, 42 assureurs ont répondu : 35 compagnies d'assurance et 7 de la catégorie coopératives et Croix-Bleue.
b. Bien que la taille ne soit précisée que pour 76,1 % des contrats signalés, ceux-ci représentaient en fait 98 % des participants principaux assurés par les compagnies qui sont comprises dans l'étude, et 94 % du nombre estimatif de 3 485 885 participants principaux de régimes d'assurance collective au Canada.

Il se pourrait cependant que les informations des assureurs dans ce domaine ne soient pas complètes. De nombreuses organisations parrainant des régimes, en particulier les plus grandes, tiennent elles-mêmes les dossiers des participants admissibles et il se pourrait qu'elles continuent à assurer les retraités sans aviser l'assureur de cette disposition. Dans la mesure où ces gros employeurs ou syndicats sont plus susceptibles que les petites organisations de continuer à faire bénéficier les retraités de leurs régimes de soins, notre enquête sur les assureurs aura tendance à sous-estimer le nombre des retraités admissibles.

En fait, on a pu voir d'après certaines enquêtes récentes portant sur les employeurs que la pratique qui consiste à continuer à assurer les retraités pourrait être un peu plus courante que ne l'ont signalé les assureurs, au moins pour certaines catégories d'employés. D'après une étude de 1982 portant sur 327 compagnies canadiennes du secteur privé, 14 p. 100 des employeurs continuaient à assurer les salariés non syndiqués après leur retraite, et 11 p. 100 continuaient à assurer les conjoints survivants des employés décédés de cette catégorie[20]. Dans le secteur public, d'après une étude publiée en juillet 1983, 22 (17 p. 100) des 130 régimes d'assurance dentaire pour les employés salariés de la fonction publique continuaient les paiements après la retraite, mais 15 de ces régimes demandaient au retraité de verser 100 p. 100 de la prime[21]. Enfin, d'après une étude portant sur 165 compagnies de l'Ontario, 73 p. 100 des employés retraités non syndiqués de compagnies offrant des régimes d'assurance dentaire, ainsi que 40 p. 100 des retraités syndiqués, continuaient à être assurés[22]. Il faut faire remarquer que, dans ces études, les employés relativement favorisés sont surreprésentés. En effet, la catégorie des "employés salariés non syndiqués" comprend les cadres moyens et supérieurs et les professionnels qui jouissent généralement d'avantages sociaux très généreux et qui représentent ainsi un groupe au-dessus de la moyenne. Un tiers des employeurs du secteur public étaient des établissements d'enseignement, ce qui donne également à penser que le nombre des professionnels bénéficiant d'avantages sociaux au-dessus de la moyenne serait surestimé. Dans le cas de l'étude de l'Ontario, il faut remarquer qu'en général, les avantages sociaux offerts par les compagnies de l'Ontario sont bien supérieurs à la moyenne nationale. En résumé, ces données et les résultats des entretiens avec des professionnels de régimes d'assurance dentaire donnent à penser que la pratique qui consiste à prolonger l'admissibilité au-delà des années d'activité n'est pas encore courante. De plus, lorsque cette pratique est suivie, elle vise davantage les retraités qui occupaient des postes de direction ou les spécialistes, et moins les travailleurs syndiqués.

Naturellement, dans le cas des groupes dont l'assurance n'est pas liée à l'occupation d'un emploi, la question de l'interruption de l'admissibilité causée par la cessation de l'emploi ne se pose pas.

7.3.1 Nombre de participants

Au début de 1982, environ 8,9 millions de Canadiens étaient couverts par des régimes privés d'assurance dentaire collective, ce qui représentait 36 p. 100 de la population. On peut voir au tableau 7.2 l'accroissement de la participation de Canadiens à des régimes d'assurance dentaire collective de 1970 au 31 décembre 1981. On constate que le nombre des adhérents s'est accru très rapidement de 1970 à 1974 et que la croissance s'est ensuite poursuivie, mais à un rythme plus lent. Bien que le taux d'accroissement ait beaucoup ralenti en 1981, le nombre des inscriptions n'ayant augmenté que de 17,3 p. 100 par rapport à 1980, au-delà de 1,3 million de Canadiens de plus participaient à ce genre de régime en 1981 qu'en 1980. D'après des données préliminaires non publiées de compagnies membres de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. pour 1982, la participation aurait augmenté, de 1981 à 1982, environ du même nombre qu'entre 1980 et 1981[23].

Tableau 7.3
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Croissance de la participation, de 1970 à 1981
Nombre de participants

Année	Compagnies d'assurance	Coopératives Croix-Bleue et autres	Total	Pourcentage de la population canadienne[a]	Augmentation en pourcentage
1970	106 475	137 160	243 635	1,11	—
1972	314 532	340 560	655 092	2,98	168,9
1974	622 601	1 124 471	1 747 072	7,94	166,7
1976	1 396 775	1 605 873	3 002 648	13,06	71,9
1978	2 805 661	2 052 625	4 858 286	21,12	61,8
1980	4 970 199	2 542 419	7 512 618	30,86	54,6
1981	6 251 780	2 619 371	8 871 151	36,20	17,3

a. Pourcentages pour la période de 1970 à 1974 basés sur le recensement de 1971, pour la période de 1976 à 1978, sur le recensement de 1976, et pour la période de 1980 à 1981, sur le recensement de 1981.

Sources : Association dentaire canadienne, *Dental Health of Canadians*, mars 1980; J.L. Leake, *Survey of Dental Insurers*, 1982 (document miméographié); Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire, 1982.

On trouvera au tableau 7.4 une répartition selon le type d'assuré (principal ou personne à charge) et le genre d'assureur. À remarquer que, par la suite, le nombre de personnes participant à des régimes d'assurance dentaire collective se limitera au nombre d'assurés principaux, d'autant plus que ce chiffre est le plus fiable et le plus accessible. Dans la majorité des cas, le nombre de personnes à charge est une estimation tirée du nombre d'assurés principaux, comme il a été exposé à la section 7.2. Par exemple, le rapport entre le nombre de personnes à charge et le nombre d'assurés principaux, selon les données fournies par les assureurs, s'échelonnait de 0,02 à 3,0, avec un rapport moyen personnes à charge/assuré principal de 1,54. La conclusion la plus importante à tirer de ces données est que les assureurs ne se préoccupent pas plus qu'il faut d'enregistrer avec précision le nombre des personnes assurées en vertu de leurs régimes d'assurance dentaire collective. Les raisons de ce manque d'intérêt seront examinées lorsqu'il sera question de la fixation des primes d'assurance, à la section 7.6.2.

Étant donné que la plupart des régimes d'assurance dentaire collective sont offerts par des compagnies, il serait pertinent de comparer le nombre d'assurés principaux à la taille de la population des personnes occupant un emploi. Les 3 485 885 assurés principaux représentaient 32,1 p. 100 du nombre estimatif de 10 844 000 personnes employées en décembre 1981. Cinq années plus tôt (décembre 1976), 14 p. 100 des personnes employées étaient assurées. Le tableau 7.5, qui présente la répartition par province des assurés principaux des régimes d'assurance dentaire collective à la fin de décembre 1981, fait ressortir des différences régionales considérables dans les proportions des assurés. C'est en Colombie-Britannique, en Ontario, en Alberta et au Manitoba qu'on compte les plus grandes proportions d'employés assurés alors que les chiffres des provinces de l'Atlantique, du Québec et de la Saskatchewan sont inférieurs à la moyenne nationale.

Tableau 7.4
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Nombre de personnes assurées
par type de tiers payant, 31 décembre 1981[a]

Tiers payant	Assurés principaux	Personnes à charge	Total	Pourcentage
Compagnies d'assurance[b]	2 529 468	3 722 312	6 251 780	(72)
Coopératives et Croix-Bleue[c]	937 991	1 623 066	2 561 057	(27)
Autres[d]	18 426	39 888	58 314	(01)
Total	3 485 885	5 385 266	8 871 151	(100)

a. Il faut remarquer que, dans certains cas, les chiffres figurant dans le tableau surestiment le nombre de personnes assurées. Cette remarque peut s'appliquer aux familles à deux revenus, ainsi que dans les provinces offrant des programmes d'assurance dentaire financés par l'État.
b. Ces chiffres sous-estiment le nombre de personnes assurées dans le cas de onze compagnies dont les données n'incluaient pas les personnes couvertes en vertu de contrats de services administratifs uniquement (administrative services only–ASO). Quatre de ces compagnies ont signalé l'existence de contrats ASO, mais n'ont pu communiquer le nombre des personnes assurées en vertu de ces contrats. Par conséquent, elles sous-estiment peut-être d'environ 45 000 le nombre de leurs assurés principaux, et d'un nombre encore supérieur celui des personnes à charge. De plus, on ne dispose d'aucune donnée sur l'étendue de l'assurance de type ASO pour sept autres compagnies d'assurance. Sur la base des tendances observées dans les compagnies qui ont fourni des données complètes, jusqu'à 7000 assurés principaux pourraient avoir été omis par ces sept compagnies, et un nombre encore plus grand de personnes à charge.
c. Ces chiffres comprennent des estimations que nous avons effectuées pour les associations Croix-Bleue dans trois provinces pour lesquelles on ne nous a pas communiqué de données.
d. Le nombre d'assurés signalés dans cette catégorie exclut les contrats administrés par ces organisations, mais offerts par des compagnies d'assurance, des coopératives, ou la Croix-Bleue.

Tableau 7.5
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Nombre d'assurés principaux[a], par province[b]
au 31 décembre 1981

Province	Nombre d'assurés principaux	Nombre estimatif de personnes employées[c]	Pourcentage d'assurés parmi les personnes employées
Alberta	395 432	1 100 000	35,9
Colombie-Britannique	550 891	1 246 000	44,2
Manitoba	133 161	459 000	29,0
Nouveau-Brunswick	48 047	256 000	18,8
Terre-Neuve	25 503	184 000	13,9
Nouvelle-Écosse	54 130	328 000	16,5
Ontario	1 794 286	4 184 000	42,9
Île-du-Prince-Édouard	3 452	48 000	7,2
Québec	417 160	2 606 000	16,0
Saskatchewan	55 383	433 000	12,8
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	8 440	N/D	N/D
Canada	3 485 885	10 844 000	32,1

a. Le nombre d'assurés principaux est tiré de l'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire de 1982.
b. La ventilation des assurés principaux par province a été estimée d'après celle de l'étude de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. sur les prestations d'assurance-maladie de 1981, et les données de l'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire de 1982.
c. Travail Canada, estimations désaisonnalisées de l'emploi, décembre 1981.

Dans des études menées par divers organismes[24-26] auprès des employeurs canadiens, on a pu établir qu'en 1982, de 75 à 85 p. 100 des compagnies offraient des régimes d'assurance dentaire. Il est évident que ces estimations sont trop élevées, étant tirées d'échantillons non aléatoires et entachées d'un biais de réponse. Cela est confirmé par le tableau 7.6 qui, de plus, montre que cette moyenne nationale masque des différences régionales importantes, semblables à celles expliquées au cours de l'examen précédent de la répartition des assurés principaux par province.

Tableau 7.6
Pourcentage des compagnies offrant un régime de services dentaires aux employés salariés non syndiqués, selon la province

Province[a]	Nombre de compagnies visées par l'enquête	Pourcentage offrant un régime d'assurance dentaire
Alberta	22	100
Colombie-Britannique	32	100
Manitoba	7	100
Nouveau-Brunswick	9	78
Terre-Neuve	4	25
Nouvelle-Écosse	9	44
Ontario	170	89
Québec	68	76
Saskatchewan	6	67

a. L'étude n'a pas porté sur les compagnies de l'Île-du-Prince-Édouard.
Source : Adapté de l'étude des assurances collectives de Wyatt Company, 1982

7.4 Services dentaires assurés

La protection offerte par les régimes privés d'assurance dentaire collective présente deux dimensions : les types de services dentaires inclus dans le régime, et la somme remboursée pour ces services. Contrairement aux assurances-hospitalisation et aux assurances-maladie, conçues pour protéger les bénéficiaires contre des dépenses inattendues et souvent très importantes, les régimes dentaires sont conçus pour couvrir des dépenses périodiques et relativement prévisibles. Les services dentaires les plus courants et relativement moins coûteux, nécessaires pour le plus grand nombre de participants, sont les plus fréquemment assurés et ils sont remboursés au taux le plus élevé, alors que les services plus coûteux, qui sont moins nécessaires en général, sont moins souvent couverts et sont remboursés à des taux inférieurs. Les traitements de chirurgie bucco-dentaire qui requièrent l'hospitalisation sont couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux.

Les régimes d'assurance dentaire collective du secteur privé varient énormément quant aux services dentaires couverts et quant à la proportion des dépenses remboursées pour différentes sortes de services dentaires. Chaque assureur a ce qu'on pourrait appeler un régime "standard" d'assurance dentaire, en particulier pour les petits groupes. Les assureurs exigent souvent que les petits groupes, comptant moins de 50 assurés principaux, contractent une assurance dentaire dans le cadre d'un ensemble : assurance-vie, décès accidentel et invalidité, et assurance-maladie supplémentaire. Il y a cependant une plus grande souplesse pour les groupes de plus de 50 assurés principaux, ce qui entraîne une variabilité considérable entre les contrats en ce qui concerne les services couverts et les dépenses remboursables. L'examen ci-après fait ressortir les tendances générales quant à la protection et aux genres de remboursement.

Il est rare que les régimes d'assurance dentaire collective remboursent 100 p. 100 de tous les honoraires des dentistes, bien que la plupart des régimes incluent la totalité des services de base et de prévention. Le montant du remboursement d'un régime d'assurance collective est fonction :

1) du barème des honoraires utilisé pour fixer les honoraires de base autorisés pour tel ou tel service;
2) de la proportion des honoraires que le régime remboursera;
3) de tout plafond autorisé pour un service donné ou pour chaque bénéficiaire.

De plus, de nombreux assureurs font figurer dans leurs contrats une "clause de substitution" qui précise que, dans le cas où plus d'un traitement permettrait d'obtenir des résultats équivalents, on remboursera "le service équivalent le moins coûteux". Les participants à un régime d'assurance dentaire collective doivent régler la différence entre les honoraires de leur dentiste et le montant versé par le régime d'assurance collective.

7.4.1 Barèmes d'honoraires

Les premiers régimes d'assurance dentaire canadiens spécifiaient dans un tableau les honoraires maximaux remboursables pour chaque catégorie de services dentaires assurés. Il arrivait que l'organisation parrainant le régime établisse ce barème. D'autres régimes utilisaient des barèmes fixés par des associations provinciales de services dentaires (par ex. Delta Dental), organismes fonctionnant sous l'égide de la profession dentaire dans le but d'encourager et de surveiller la mise sur pied de régimes d'assurance dentaire collective. Avec les années, on a adopté l'usage qui consiste à autoriser comme remboursement maximal pour un service donné, soit les honoraires habituels des dentistes, soit les honoraires figurant dans le guide d'honoraires d'une association dentaire provinciale, selon le moins élevé des deux. Cette pratique simplifiait les informations qu'il était nécessaire de communiquer aux participants au régime, étant donné que le certificat d'assurance ne précise que le barème d'honoraires à utiliser. Lorsque les régimes utilisent les guides des associations provinciales, ils précisent également l'année du barème. Certains régimes adoptent automatiquement le barème d'honoraires de l'année en cours, d'autres adoptent pendant une période fixée le barème d'une année donnée. Comme le montre le tableau 7.7, en 1981, la majorité des régimes ont basé les bénéfices sur un barème d'honoraires de l'association dentaire provinciale de l'année en cours, tandis que moins du tiers des régimes utilisaient un barème fixe ou un guide d'une association dentaire provinciale pour une année antérieure à 1981.

Le paiement à l'acte est la pratique la plus fréquente. Officiellement, la position de la profession dentaire est la suivante : les patients doivent régler les honoraires du praticien et ensuite demander au tiers payant de les rembourser. Toutefois, la plupart des assurances collectives autorisent le participant au régime et le praticien à convenir que le montant dû au participant sera versé directement au praticien. Cette option réduit le montant que l'assuré doit débourser lorsqu'il reçoit les services, et on comprend que les participants l'apprécient. Un peu plus de 40 p. 100 des paiements versés par les assureurs qui ont répondu à l'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire l'ont été directement aux dentistes. Les assureurs estiment qu'ils ont versé directement au dentiste de 1 p. 100 des paiements dans un cas, jusqu'à 80 p. 100 dans trois cas. Un seul assureur n'a pas versé de paiements directement aux dentistes.

Tableau 7.7
Répartition des régimes privés d'assurance dentaire par type de barème d'honoraires

Barème d'honoraires	Contrats	
	N	%
Honoraires habituels	78	0,3
Association dentaire provinciale actuelle	20 300	72,6
Barème fixe ou barème de l'association dentaire provinciale pour une année précédente	7 584	27,1
Total[a]	27 962	100,0

a. Trente-deux compagnies comptant pour 78 % du total estimatif des assurés principaux au Canada.

7.4.2 Taux de remboursement et copaiement

Dans la terminologie classique des assurances, les risques étaient "coassurés", c'est-à-dire que l'assureur et l'assuré partageaient les risques dans une proportion précisée. Cette terminologie est maintenant adaptée à l'évolution de l'assurance collective et, plus particulièrement, des régimes d'assurance dentaire. Étant donné que ce type d'assurance n'est pas considéré comme une assurance d'après les principes classiques, et comme de nombreux contrats ne font plus, en fait, l'objet d'une garantie (voir la section 7.6.3), à présent, un grand nombre de compagnies utilisent les termes "niveau de remboursement" ou "pourcentage de remboursement" pour désigner la proportion des frais autorisés que l'assureur doit rembourser. Suivant cette tendance, nous parlerons de niveau de remboursement pour désigner la proportion des frais autorisés qui sont remboursés par un assureur, et de

copaiement pour désigner la proportion des honoraires non remboursés par un régime. Les frais à payer par les utilisateurs comprennent cette portion non remboursée, toute franchise initiale, et tout montant qui dépasse la somme maximale spécifiée dans un régime d'assurance collective.

La plupart des régimes d'assurance dentaire distinguent les catégories d'assurance suivantes : "de base", "majeure" et "orthodontie". Les services de base sont normalement les soins de prévention et le nettoyage des dents, plus les obturations et les extractions simples. Les services majeurs comprennent la restauration des dents très cariées et le remplacement des dents manquantes par des prothèses fixes ou amovibles. Cette classification en services de base et majeurs recoupe les catégories des services de restauration et de chirurgie buccale. Par exemple, les obturations d'amalgame et les extractions simples sont classées parmi les services de base comme les services de diagnostic et de prévention, alors que d'autres services de restauration tels que les incrustations et les couronnes, et certains traitements de chirurgie buccale plus complexes, telles que l'extraction de dents de sagesse incluses, sont classés comme services majeurs. Les traitements d'endodontie et soins parodontaux sont tantôt classés comme services de base et tantôt comme services majeurs. Cette classification générale est observée par de nombreux assureurs, mais il n'y a pas d'uniformité quant à l'inclusion de tel ou tel traitement dentaire dans une catégorie donnée puisque ce genre de décision peut dépendre du taux de remboursement des honoraires pour un service donné (taux qui, à son tour, est établi d'après la somme totale disponible pour financer le régime), plutôt qu'être fondée sur un classement intrinsèque des services dentaires par ordre d'importance.

L'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire, qui prévoyait cette variabilité, a classé les services dentaires selon les catégories et les codes d'intervention utilisés par l'Association dentaire canadienne. Si un régime couvrait une ou plusieurs interventions dans une catégorie de traitement dentaire, on estimait alors que le régime couvrait cette catégorie. Par conséquent, le tableau 7.8 donne le nombre de régimes qui assurent une ou plusieurs interventions, mais pas nécessairement la totalité, dans les diverses catégories de services.

Tableau 7.8
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Nombre de régimes remboursant la totalité ou une partie des coûts pour certaines catégories de services dentaires

Catégorie de services	Compagnies d'assurance[a]	%	Coopératives et Croix-Bleue[b]	%	Total	%
Diagnostic	18 245	(100)	8 821	(100)	27 066	(100)
Prévention	18 244	(100)[c]	8 821	(100)	27 065	(100)
Restauration	17 538	(96)	8 720	(99)	26 258	(97)
Endodontie	15 362	(84)	5 370	(61)	20 732	(77)
Parodontologie	14 990	(82)	5 397	(61)	20 387	(75)
Prothèses						
Amovibles	7 180	(39)	3 457	(39)	10 637	(39)
Fixes	6 596	(36)	1 982	(22)	8 578	(32)
Chirurgie buccale	15 916	(87)	8 796	(100)	24 712	(91)
Orthodontie	4 242[d]	(30)	1 315	(15)	5 557	(24)

a. D'après les données de vingt-sept compagnies qui ont répondu au sondage.
b. D'après les données de six compagnies qui ont répondu au sondage.
c. En fait, un seul régime d'assurance dentaire n'assurait pas les services de prévention. Toutefois, en arrondissant, on arrive encore à 100 %.
d. Trois compagnies d'assurance n'ont pu communiquer le nombre de contrats assurant l'orthodontie, les pourcentages pour ces services ont donc été basés sur les données communiquées par 24 répondants totalisant 14 080 contrats.

Par définition, un régime d'assurance dentaire minimal assure les services de diagnostic et de prévention, bien qu'on ait relevé un régime qui n'assure que les services de diagnostic. En gros, tous les régimes assurent ces services de base :

1) les services diagnostiques comprenant les examens de la cavité buccale, les radiographies et des services diagnostiques particuliers;
2) les services de prévention comprenant la prophylaxie dentaire, les applications topiques de fluorure et, souvent, les dispositifs de maintien d'espace.

Habituellement, les services diagnostiques et de prévention ne peuvent être dispensés plus de deux fois tous les 12 mois. Ces services de base sont remboursés au taux le plus élevé prévu par le régime, fréquemment à 100 p. 100, et plus de la moitié (55 p. 100) des régimes visés par l'enquête exemptaient ces services de la franchise initiale.

Les services de restauration et de chirurgie buccale viennent ensuite, étant assurés respectivement par 97 p. 100 et 91 p. 100 des régimes d'assurance dentaire. En fait, cela veut dire que 97 p. 100 des régimes assurent au moins les services de restauration de base tels que les obturations, tandis que les services de restauration plus coûteux, tels que les incrustations et les couronnes, sont assurés par un moins grand nombre de régimes. Cependant, étant donné que plus de 75 p. 100 des régimes assurent les traitements d'endodontie et parodontaux, qui sont également souvent classés parmi les services majeurs, il semblerait que la majorité des régimes offrent une protection très vaste, excluant seulement les prothèses fixes et amovibles (ponts fixes et dentiers) et l'orthodontie.

Moins de 40 p. 100 des régimes d'assurance dentaire collective couvraient les dentiers, moins du tiers les ponts fixes et moins du quart l'orthodontie. En général, ces services, qui peuvent s'avérer coûteux, sont moins souvent inclus dans les régimes dentaires et ils sont remboursés à un taux inférieur par rapport à d'autres services. En outre, la fréquence et le coût de ces services font plus souvent l'objet de restrictions. Seuls des régimes exceptionnels remboursent les prothèses et l'orthodontie à plus de 50 p. 100 des honoraires autorisés. Habituellement, les dentiers ne peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement qu'une fois tous les cinq ans. De même, le remboursement de l'orthodontie est limité à une somme maximale au cours d'une vie (le plus souvent 1000 dollars), somme relativement faible par rapport au coût moyen d'un traitement complet.

7.5 Ressources humaines et cadre des services

Les participants à des régimes d'assurance dentaire collective peuvent s'adresser au dentiste de leur choix et ils peuvent également choisir leur denturologiste, dans les provinces où ces derniers sont autorisés à pratiquer. Il arrive qu'un régime d'assurance dentaire désigne un dispensateur de services, mais ces régimes prévoient que le participant peut s'adresser à d'autres dispensateurs de soins après avoir avisé par écrit l'administrateur du régime de son intention. Bien que cette question n'ait pas fait l'objet d'une recherche systématique au cours de l'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire, il appert que seules les assurances collectives offertes par des syndicats imposent le choix des dispensateurs de services dans ce sens. Un de ces régimes fait savoir aux assurés qu'ils peuvent obtenir des services dentaires par l'intermédiaire du "cabinet dentaire désigné dans le certificat d'assurance collective", à moins qu'ils n'aient besoin d'un traitement d'urgence lorsqu'ils se trouvent en dehors de la région desservie par le cabinet désigné. La *Labourers International Union of North America* de Toronto, pour sa part, a mis sur pied sa propre clinique dentaire. Les membres de la LIUNA peuvent obtenir dans cette clinique des services dentaires complets sans avoir à payer de frais, ou à s'adresser au cabinet privé de leur choix et se faire rembourser par un assureur pour les honoraires dentaires autorisés moins une franchise initiale annuelle et un pourcentage de copaiement.

7.6 Administration

Lorsqu'il est prévu par un régime qu'une personne autre que le bénéficiaire doit payer un service, il faut tenir une comptabilité et effectuer de nombreuses autres tâches administratives. Il faut établir et faire observer des critères d'admissibilité et des modalités d'inscription. Il faut également tenir des relevés des inscriptions. Les primes doivent être recouvrées et comptabilisées par un agent chargé de verser les indemnités. Il faut préciser l'étendue des services assurés, et évaluer la validité des demandes de remboursement, déterminer le montant des versements et rembourser les demandeurs.

L'administration des régimes d'assurance dentaire collective est toute une entreprise, étant donné la fréquence et le volume des demandes de remboursement. Une seule agence peut s'occuper de toute l'administration, ou encore plusieurs agences différentes peuvent s'occuper des différentes phases de l'aspect administratif du régime. L'assureur peut se charger de tout le travail administratif, de l'inscription au règlement des demandes de remboursement, en particulier en ce qui concerne les plus petits groupes (de 5 à 500 assurés principaux). Pour les groupes plus importants, cela peut être l'organisation parrainant le régime, parce qu'elle a les contacts les plus étroits avec les assurés, qui tienne les dossiers sur l'admissibilité et les inscriptions. Dans ce cas, l'organisation en question, un employeur ou un syndicat, fait inscrire les participants et perçoit les primes, vérifie l'admissibilité des participants, reçoit les demandes de remboursement et fait parvenir ensuite les demandes de remboursement vérifiées à l'assureur en vue du paiement des indemnités. En ce qui concerne les assurances collectives offertes par un employeur, ces tâches peuvent être remplies par le service du personnel. Certains syndicats désignent des membres du personnel pour s'occuper de ces tâches administratives même jusqu'au règlement des demandes de rembourse-

ment. Il arrive aussi que l'organisation parrainant le régime délègue parfois les tâches liées aux inscriptions à un organisme extérieur autre que l'assureur, un "tiers administrateur".

Le règlement des demandes de remboursement comporte également plusieurs phases. Après avoir vérifié que la demande de remboursement concerne un participant admissible, on détermine le montant de l'indemnité. Comme il a été mentionné dans la description de l'assurance, il est très rare que les régimes d'assurance dentaire remboursent entièrement le coût de tous les services dentaires. C'est en partie pour cette raison que les assureurs ont l'habitude de demander aux participants de faire déterminer le montant remboursable avant de commencer un traitement quel qu'il soit.

Les premiers régimes dentaires demandaient souvent aux participants de présenter au préalable un programme de traitement à l'assureur en stipulant qu'autrement les remboursements ne seraient pas effectués. Par exemple, le premier régime d'assurance dentaire canadien exigeait une autorisation préalable et la brochure mise à la disposition des assurés précisait que toute dépense engagée sans qu'une formule de programme de traitement ait été présentée au préalable ne serait pas remboursée si le coût des services dispensés dépassait 25 $. Il s'est avéré qu'il n'était pas possible de faire observer cette condition; de plus, les dentistes l'avaient mal accueillie, car ils considéraient l'autorisation préalable comme un empiètement sur leur prérogative de déterminer le traitement à pratiquer.

Avec les années, on a résolu cette question en raffinant les termes. On a abandonné l'"autorisation préalable" et on recommande maintenant, sans l'exiger, de "déterminer à l'avance" les soins requis. Actuellement les assureurs estiment que de cette façon, les bénéficiaires ont l'avantage de connaître les dépenses qu'ils devront assumer avant de commencer un traitement. C'est l'étendue de la protection qui est éclaircie pour les bénéficiaires, et non l'efficacité de tel ou tel traitement. Voici ce qu'explique à ce sujet une brochure actuellement fournie à ses assurés par une importante compagnie d'assurance :

"Afin que vous-même et votre dentiste puissiez connaître à l'avance le montant versé par (l'assureur) et le montant que vous aurez à débourser, il est recommandé qu'un programme de traitement soit présenté à (l'assureur) dans tous les cas où le coût total du traitement dentaire proposé doit dépasser 300 $. Ce programme de traitement précise la couverture des soins assurés et les services particuliers autorisés ainsi que les pourcentages d'assurance, les limites pertinentes et les honoraires du guide dentaire avant de commencer le traitement. Ce programme n'a pas pour but de vous imposer le choix d'un dentiste, ni d'indiquer au dentiste le traitement à pratiquer ou les honoraires à demander".

Tableau 7.9
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Pourcentage des contrats recommandant la détermination préalable des indemnités, par type de tiers payant

Type de tiers payant	Nombre de contrats signalés[a]	Niveau précisé pour la détermination préalable				Aucun niveau précisé pour la détermination préalable	Détermination préalable pour l'orthodontie seulement
		>100 $	>200 $	>300 $	>500 $		
Compagnies d'assurance[b]	15 230	0,1 %	16,7 %	65,1 %	0,0 %	10,4 %	7,6 %
Coopératives et Croix-Bleue[c]	11 294	1,4 %	1,1 %	26,5 %	0,0 %[d]	64,9 %	6,1 %

a. Un total de 26 524 contrats, représentant 83 % des contrats visés par l'étude.
b. Vingt-cinq répondants.
c. Sept répondants.
d. Trois contrats ont été signalés avec un niveau de 500 $ pour la détermination préalable; en pourcentage de l'ensemble, le chiffre arrondi donne zéro.

Le tableau 7.9 renseigne sur la ligne de conduite à l'égard de la détermination préalable des indemnités mise en oeuvre par les assureurs. Le plus souvent, les régimes dentaires recommandaient la détermination préalable des indemnités pour un traitement dont le coût dépasserait 300 $. Mais dans l'application, il y a une différence sensible entre les deux types d'assureurs à propos de cette ligne de conduite en ce que les compagnies d'assurance recommandent beaucoup plus fréquemment la détermination préalable.

Le remboursement autorisé par un assureur pour les services dentaires dépend également du droit qu'il se réserve en général de déterminer les remboursements sur la base du service équivalent le moins coûteux. Cette ligne de conduite demande également de faire preuve de tact envers les praticiens du domaine dentaire.

L'évolution des rapports entre les tiers payants et les dentistes est intéressante. Tous les assureurs emploient un ou plusieurs dentistes en qualité d'experts-conseils pour remplir le rôle d'agents de liaison entre l'assureur et les dentistes et examiner les plans de traitement présentés préalablement, ainsi que les demandes de remboursement importantes ou inhabituelles.

7.6.1 Méthodes d'examen des demandes de remboursement

Les méthodes d'examen des demandes de remboursement sont devenues de plus en plus perfectionnées avec l'installation du matériel informatique. Ces systèmes permettent aux assureurs de tenir des dossiers sur les bénéficiaires d'assurances dentaires qui peuvent être vérifiés automatiquement pour déterminer si les services dont le paiement est demandé correspondent à l'âge de l'assuré et à l'état de sa denture. Par exemple, on pourrait réclamer une obturation pour une dent dont on avait précédemment demandé le paiement de l'extraction. En plus de vérifier les dossiers des demandes de remboursement, les assureurs créent des "profils de dispensateurs de soins" établis d'après toutes les demandes de remboursement présentées par certains dentistes. Ces profils sont comparés aux caractéristiques ou normes établies d'après le relevé complet des demandes de remboursement de l'assureur.

Pour redresser les anomalies décelées, on peut examiner de plus près le dossier d'un assuré (par exemple, si l'on soupçonne qu'un assuré a modifié une formule de demande de remboursement remplie par un dentiste), ou signaler par écrit à un dispensateur de soins que les services dont le remboursement est demandé diffèrent des services rendus par autres dentistes ou intenter une poursuite en justice contre les participants au régime pour demandes de remboursement à caractère frauduleux, ou encore dénoncer des dentistes à l'association dentaire locale.

L'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire a permis de rassembler des données sur les méthodes d'examen des demandes de remboursement employées par les assureurs. Les assureurs ont classé, par ordre de fréquence, six méthodes courantes :

1) Détermination préalable des indemnités
2) Examen des radiographies prises après le traitement
3) Examen des demandes de remboursement dépassant un montant spécifié présentées par un dentiste, une hygiéniste dentaire ou une assistante dentaire autorisée
4) Confirmation de l'observation des plans de traitement
5) Établissement de profils des dispensateurs de soins : vérification des honoraires ou examen du plan de traitement
6) Examen des patients.

La détermination préalable des indemnités est la méthode la plus largement utilisée, environ 60 p. 100 des assureurs l'emploient. Vient ensuite l'examen des demandes de remboursement présentées par un professionnel dentaire (dentiste, hygiéniste dentaire ou assistante dentaire). Vingt-deux des 32 assureurs qui ont répondu à cette question ont rangé cet examen parmi leurs trois principaux mécanismes de contrôle. L'examen des radiographies prises après le traitement et les profils de dispensateurs de soins étaient à peu près également utilisés, mais plus du tiers des assureurs n'utilisaient jamais ces méthodes. Cinq des 32 assureurs seulement ont indiqué avoir examiné directement des patients.

7.6.2 Établissement des tarifs

Il existe deux facteurs de risque en ce qui concerne les régimes d'assurance dentaire collective : le besoin de services dentaires parmi les personnes assurées, et la mesure dans laquelle elles utilisent effectivement les services dentaires. Au cours des premières années où des régimes d'assurance dentaire ont été conçus, il n'existait pas de base statistique adéquate pour prédire ces facteurs et, par conséquent, pour fixer les primes. D'après les assureurs, on a perdu beaucoup d'argent au cours de cette période. Les assureurs ont mis au point leurs méthodes actuelles d'établissement des tarifs à partir de cette première approche par tâtonnements.

En théorie, on peut établir de deux façons le prix de l'assurance dentaire collective : d'après un "guide" des tarifs de l'assureur, ou d'après des tarifs "basés sur l'expérience". Le guide de l'assureur fixe un tarif pour chaque traitement inclus dans la couverture, c'est-à-dire un prix par membre de chaque groupe, dépendant aussi de l'étendue de la couverture des traitements. Les tarifs sont basés sur l'évaluation des facteurs de risque, d'après l'expérience des actuaires. Les compagnies partent d'hypothèses différentes pour évaluer ces facteurs de risque en vue d'établir leurs guides, et elles sont toutes peu disposées à donner des détails à ce sujet. Lorsqu'on fixe une prime

d'après un tel guide, il faut procéder à des ajustements pour tenir compte de certaines caractéristiques de groupe qui peuvent modifier l'utilisation des services dentaires : la proportion des hommes par rapport aux femmes, la répartition par âge, la profession et la situation géographique du groupe et la consommation d'eau fluorée par le groupe. D'autres considérations relatives aux tarifs comprennent la barème sur lequel les remboursements sont basés et, dans les provinces concernées, toute assurance prévue par un programme provincial de soins dentaires.

Étant donné qu'on ne peut vraiment prédire avec exactitude dans quelle mesure un groupe en particulier utilisera les services dentaires durant une période donnée, même avec l'expérience accumulée pendant dix années de mise en oeuvre de l'assurance dentaire, les actuaires se fient surtout à l'expérience en fixant les tarifs sur la base des demandes de remboursement du groupe, c'est-à-dire qu'ils s'appuient sur le coût total des demandes de remboursement présentées durant une certaine période. Les actuaires d'un assureur désignent les 25 à 30 traitements dentaires qui font l'objet d'environ 90 p. 100 des demandes de remboursement. (La répartition des traitements dentaires varie considérablement d'une région à l'autre au pays.) Les tarifs basés sur l'expérience sont calculés d'après le relevé des demandes de remboursement d'un groupe pour les traitements très fréquemment utilisés, d'après la prime incluse par l'assureur pour le risque assuré et d'après un pourcentage du montant total des demandes de remboursement, au titre des services administratifs. Le plus souvent, les tarifs sont fixés pour des périodes d'un an. À l'heure actuelle, pour la plupart des groupes comptant plus de 50 assurés principaux, les tarifs sont basés sur l'expérience, au moins en partie.

En ce qui concerne les petits groupes, qui comptent moins de 25 à 50 assurés principaux, les assureurs fixent une prime standard pour divers niveaux de couverture. En plus les compagnies qui vendent des assurances collectives à l'échelle nationale fixent des primes par province. Celles-ci reflètent les différents niveaux d'utilisation par les résidents des différentes provinces, ainsi que les différences dans le coût des soins dentaires. Les primes d'assurance reflètent également les différences provinciales dans les programmes de soins dentaires financés par l'État. D'après les explications fournies par des assureurs représentatifs, ces primes standard correspondent à un type de fixation des taux basée sur l'expérience, car à la longue, le prix de l'assurance pour ces groupes est basé sur les demandes de remboursement de tous les groupes couverts par l'assureur. On estime que l'ensemble de ces petits groupes constituent un plus grand groupe à risques partagés.

Ces petits groupes sont rassemblés pour une autre raison à savoir que : l'assurance dentaire seule peut ne pas leur être offerte et pour l'obtenir ils doivent contracter en même temps un ensemble de services d'assurance collective comprenant l'assurance hospitalisation et soins médicaux supplémentaires, l'assurance décès en cas d'accident et l'assurance invalidité et, souvent, l'assurance-vie. Il est essentiel de se rendre compte que les tarifs de l'assurance dentaire, même pour les groupes dont les tarifs sont fixés en grande partie sur l'expérience, sont souvent fixés en regard d'un ensemble d'autres services. Par conséquent, bien qu'un tarif puisse être mentionné pour chaque service assuré, la couverture d'un ensemble de risques a pour effet de conférer une certaine imprécision au tarif de chaque service de l'ensemble. Le coût unitaire de ces divers services n'est pas facile à déterminer, même par les assureurs.

Une pratique lancée par certaines firmes d'administration agissant à titre de tierce partie, qui consiste à faire un appel d'offres pour la prise en charge du régime d'avantages sociaux d'un groupe d'employés, fait exception à cette méthode d'établissement des tarifs pour un ensemble de services. Ces firmes, qui offrent des services administratifs* aux employeurs et aux syndicats, sollicitent parfois des offres pour la prise en charge d'un ensemble d'avantages sociaux d'un client, puis acceptent la plus basse soumission proposée pour chaque service séparément. La consternation que cette pratique sème parmi les compagnies d'assurance collective est une autre preuve que le tarif attribué à chaque service couvert dans un ensemble de bénéfices a tendance à être fixé de façon quelque peu arbitraire.

Des représentants d'un grand nombre de compagnies d'assurance commerciales qui ont commencé tardivement à offrir des régimes d'assurance dentaire ont signalé que ces compagnies l'avaient fait à contre-coeur. Elles estimaient en effet que les régimes d'assurance dentaire ne constituent pas une "véritable assurance" et elles pensaient d'autre part qu'elles manquaient de renseignements actuariels pour fixer les tarifs. Ces compagnies ont commencé à offrir ce type d'assurance principalement parce que leurs experts en marketing estimaient qu'une compagnie pourrait plus facilement vendre d'autres services d'assurance collective (assurance-vie, invalidité et soins médicaux supplémentaires) si elle offrait un ensemble de services complet comprenant l'assurance dentaire. L'avantage d'offrir un ensemble de services complet est également démontré par l'existence de divers accords

* Les services administratifs offerts par ces firmes comprennent la tenue de dossiers sur les assurés, les cotisations, l'admissibilité aux indemnités, la vérification de la validité des demandes de remboursement et, parfois, le paiement des indemnités. Ce type d'administration centralisée, qui n'est pas propre à un assureur en particulier, permet, aux compagnies qui achètent divers avantages sociaux de choisir les assureurs qui offrent les conditions les plus avantageuses pour différents services et de changer d'assureur sans avoir à apporter trop de modifications à leurs méthodes de traitement des inscriptions et des demandes de remboursement.

conclus entre deux assureurs dans le but d'offrir conjointement un ensemble complet de services, l'un des assureurs offrant l'assurance-vie, l'autre couvrant les soins médicaux supplémentaires, l'invalidité et les services dentaires.

7.6.3 Financement

On peut répartir les coûts des régimes dentaires en coût des services dentaires utilisés par les assurés et coût des services administratifs nécessaires pour mettre en oeuvre le régime. Ceux-ci comprennent les coûts d'inscription, de vérification des demandes de remboursement, d'adjudication et paiement des traitements, du maintien de réserves pour garantir les paiements des taxes et impôts et d'une marge bénéficiaire pour l'organisation. Traditionnellement, un assuré payait le coût de tous ces postes à l'assureur. Toutefois, on adopte maintenant d'autres méthodes de financement des régimes d'assurance dentaire et d'autres régimes d'assurance-maladie.

Étant donné que les régimes d'assurance dentaire collective présentent un faible degré de risque selon leur structure actuelle (limites imposées à la fréquence des interventions pratiquées, plafond sur les traitements remboursables par année, et copaiement par l'utilisateur pour les services les moins urgents et les plus coûteux, toutes des mesures qui restreignent effectivement l'utilisation), ils arrivent à équilibrer les recettes et les dépenses. Il leur est moins nécessaire qu'aux régimes d'assurance-vie et invalidité de prévoir des réserves importantes dans le but de rembourser une très grosse somme, lorsque des cas peu fréquents surviennent. Étant donné que les acheteurs de régimes dentaires se sont peu à peu rendu compte que les assureurs n'assumaient pas, en fait, un risque important, puisque l'acheteur du régime finissait par rembourser le coût de tous les paiements d'indemnités faits par l'assureur pour des régimes dont les tarifs étaient basés sur l'expérience, ils ont également compris qu'il leur était peut-être inutile de payer à un assureur une prime pour le risque et une taxe sur cette prime au gouvernement. En conséquence, on a commencé à abandonner les régimes d'assurance multiples.

7.6.3.1 Solution de rechange pour le financement – ASO

On a trouvé plusieurs solutions de rechange au contrat traditionnel garanti par l'assureur. On a donc mis sur pied des régimes allant des régimes partiellement assurés aux régimes totalement auto-assurés ou autofinancés. Les syndicats ont été les premiers à adopter des régimes autofinancés, c'est-à-dire à se charger eux-mêmes de payer les indemnités des participants au lieu de verser une prime à un assureur qui garantit le risque*. L'organisation qui parraine le régime peut placer les fonds réservés au paiement des indemnités dans un compte en fiducie enregistré et, par conséquent, garder également les intérêts provenant de ces fonds. Il a été estimé qu'on pouvait économiser de 5 à 10 p. 100 en éliminant la prime gardée par l'assureur ainsi que les taxes sur cette prime et en encaissant le revenu de placement des réserves conservées dans un compte en fiducie exempt d'impôt[26].

Certains employeurs ont par ailleurs choisi d'autofinancer des régimes d'indemnités à même les revenus d'exploitation sans maintenir de réserves. Cette option a préoccupé les surintendants des assurances puisque, en l'absence d'un compte en fiducie enregistré, il n'y a pas de sécurité pour les régimes de bénéfices non assurés en cas de faillite de l'organisation qui parraine le régime.

Au début, les actuaires estimaient qu'un régime d'assurance dentaire autofinancé devait compter 1000 assurés au minimum. À l'heure actuelle, des groupes comptant aussi peu que 50 assurés, cherchent à économiser en créant des régimes partiellement assurés. Ces plans de financement récemment élaborés, à prime minimale, permettent à l'organisme parrain du régime d'autofinancer jusqu'à 90 p. 100 des dépenses relatives aux indemnités, tout en continuant à bénéficier de la protection contre des fluctuations importantes et inattendues des demandes de remboursement offerte par les régimes assurés. Avec un accord de ce genre (encore appelé "stop-loss agreement"), l'assureur est responsable des demandes de remboursement qui dépassent un certain montant, par conséquent seule cette partie du risque est assurée. Cela réduit le montant des réserves que l'assureur doit conserver et, en conséquence, la prime que l'assureur peut demander à cette fin. Cet arrangement n'est pas encore courant au Canada. Trois seulement des 37 assureurs qui ont rempli cette partie du questionnaire ont signalé avoir des contrats "stop-loss", en 1981.

Les régimes complètement non assurés ou autofinancés sont appelés régimes ASO (administrative services only) parce que l'organisme parrain passe un contrat pour services administratifs uniquement. L'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire a recueilli des données sur l'importance du financement des contrats d'assurance dentaire collective selon la formule ASO. Le tableau 7.10 présente le nombre d'assurés principaux participant à des régimes dentaires qui étaient financés de cette façon au 31 décembre 1981. Sur le nombre total d'assurés principaux de régimes dentaires, qui atteint près de 3,5 millions, tout juste plus de 15 p. 100 participaient à

* L'organisme parrain peut signer un contrat avec un assureur ou une autre organisation pour la prise en charge des services administratifs ou, dans certains cas, pour s'occuper de toute l'administration, y compris même le traitement des demandes de remboursement.

des régimes SO. Il est intéressant de remarquer que les compagnies d'assurance avaient une plus forte proportion de leurs assurés principaux inscrits par le biais de contrats assurés que les coopératives, la Croix-Bleue et d'autres assureurs. (Les 18 426 participants principaux des régimes administrés par "d'autres tiers payants" n'étaient pas assurés, selon la définition des régimes placés dans cette catégorie.)

La tendance vers les régimes d'assurance dentaire collective non assurés paraît s'affirmer. D'après une estimation modérée tirée des données présentées au tableau 7.2, il semble qu'au moins 1,2 million de personnes étaient inscrites en tant que membres de groupes de 50 assurés principaux ou plus. Il s'agirait là de groupes pour lesquels une forme d'autofinancement pourrait être rentable. Sur ces 1,2 million, un peu plus de 500 000 personnes, soit environ le tiers, faisaient déjà partie de groupes autofinancés avant 1982. L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. a présenté un rapport sur les contrats ASO administrés par ses affiliés depuis 1978. Le nombre des contrats ASO pour les soins dentaires est passé de 8 en 1978 à 98 en 1982, tandis que les paiements d'indemnités en vertu de ces contrats sont passés de 1 414 000 $ à 78 515 000 $ au cours de la même période. Le nombre de participants principaux couverts par des contrats ASO a augmenté de 66 p. 100 de 1980 à 1981, alors que le nombre de participants principaux couverts par des contrats assurés a augmenté de 14 p. 100. La différence entre les taux de croissance des deux types d'assurance était encore plus marquée de 1981 à 1982; en effet, l'étude de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. a signalé une diminution de 0,2 p. 100 du nombre des participants principaux couverts par des régimes d'assurance dentaire collective assurés et une augmentation de 167 p. 100 des inscriptions à des régimes ASO. À la fin de 1982, les compagnies affiliées à l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. ont signalé que plus de 25 p. 100 du total de leurs participants à des régimes dentaires étaient assurés par des régimes ASO[27].

Tableau 7.10
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Nombre de participants principaux couverts
en vertu de contrats non assurés (ASO)

	Nombre de membres principaux					
Type de tiers payant[a]	ASO Non assurés	(%)	Assurés	(%)	Total	(%)
Compagnies d'assurance	322 266[b]	(13)	2 207 202	(87)	2 529 468	(100)
Coopératives & Croix-Bleue	195 890[c]	(21)	742 101	(79)	937 991	(100)
Autres	18 426[d]	(100)			18 426	(100)

a. Trente-sept répondants.
b. Le nombre d'assurés principaux couverts en vertu de contrats ASO pour quatre compagnies qui ont signalé l'existence de tels contrats, mais n'ont pu communiquer le nombre des personnes assurées, est sous-estimé. D'après la proportion des participants assurés par des contrats ASO dans le cas des compagnies pour lesquelles ont disposait de données, on pourrait avoir sous-estimé le nombre d'assurés principaux d'un chiffre aussi élevé que 45 000. De plus, on ne disposait pas de données sur l'importance de l'assurance ASO offerte par sept autres compagnies, ce qui pourrait représenter jusqu'à 7000 assurés principaux.
c. Cela inclut l'estimation d'un répondant qui n'a pu communiquer le nombre d'assurés principaux couverts en vertu de contrats ASO, mais qui a donné le pourcentage des indemnités totales payées par des régimes ASO. On ne disposait pas de données pour trois autres compagnies pour lesquelles l'assurance ASO pourrait avoir couvert un nombre estimatif de 37 500 assurés principaux.
d. Régimes dentaires non assurés et auto-administrés, ou administrés par un tiers autre qu'une compagnie d'assurance, une société coopérative ou un régime Croix-Bleue.

7.7 Utilisation

Les demandes d'indemnités présentées par des participants à des régimes d'assurance dentaire collective sont relativement plus fréquentes que pour d'autres types d'assurance. Un plus grand nombre des membres du groupe assuré utilisent les services au moins une fois, et il est probable qu'ils continuent à l'utiliser par la suite. L'Étude nationale sur les contrats d'assurance dentaire demandait des informations sur le nombre de personnes qui présentaient des demandes de remboursement, et sur le nombre de demandes auxquelles les assureurs faisaient droit. À cause des différentes méthodes comptables utilisées, il faut faire remarquer que les demandes de remboursement ne correspondent pas forcément au nombre de traitements, de visites ou d'utilisateurs. Les assureurs utilisent une formule de demande de remboursement normalisée approuvée par l'Association dentaire canadienne

(appendice IV), qui doit être remplie pour chaque utilisateur. Toutefois, il arrive que les assureurs réunissent les demandes de remboursement de tous les membres de la même famille et les portent au compte de l'assuré principal. De plus, les demandes de remboursement présentées pour un traitement dentaire important dans le cadre d'un programme de traitement peuvent représenter plus d'une visite. C'est donc le nombre de chèques délivrés dont on se servira ici pour estimer le nombre de demandes de remboursement présentées. Par conséquent, le nombre de demandes de remboursement indiqué sous-estime le nombre réel de demandes.

Quinze assureurs ont donné des informations sur le nombre de demandes de remboursement et sur le nombre de personnes qui demandaient des indemnités. Ces données représentaient 55 p. 100 du total des contrats signalés et 34 p. 100 du nombre estimatif des assurés principaux au Canada. Le tableau 7.11 présente ces données. En moyenne, les assureurs ont payé des indemnités pour 75 p. 100 du nombre de personnes participant à des régimes d'assurance dentaire collective. Le nombre de demandes de remboursement était de presque 1,5 pour chaque personne qui demandait des indemnités et de 1,2 pour chaque participant.

Tableau 7.11
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Utilisation en 1981

Nombre de participants	Nombre d'utilisateurs	Utilisation en pourcentage	Demandes de remboursement par utilisateur
3 007 944	2 261 554	75,2	1,5

Les assureurs ont versé 198 673 500 $ en indemnités aux 2 261 554 personnes qui ont présenté des demandes de remboursement en vertu de ces régimes, ce qui représente 87,85 $ par utilisateur et 66,05 $ par participant. On ne disposait pas d'informations sur le nombre de traitements rendus en vertu des régimes d'assurance dentaire collective; on peut cependant avoir une idée de l'utilisation relative de différents types de services dentaires en consultant l'étude plus détaillée ci-après des indemnités versées.

7.8 Dépenses au titre des indemnités et du revenu tiré des primes

Trente-six assureurs ont communiqué leurs dépenses au titre des indemnités et leur revenu tiré des primes pour des régimes d'assurance dentaire collective assurant 7 613 085 Canadiens (85,8 p. 100 du total estimatif des assurés). Le revenu des primes totalisait 549 654 900 $. Par conséquent, les indemnités versées représentaient 88,7 p. 100 des primes signalées. Voir le tableau 7.12.

Tableau 7.12
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Dépenses au titre des indemnités et du revenu tiré des primes en 1981

Nombre de participants	Dépenses au titre des indemnités	Revenu des primes	Indemnités par participant	Primes par participant
7 613 085	487 616 900 $	549 645 900 $	64,05 $	72,20 $

En ce qui concerne les compagnies affiliées à l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc., d'après lesquelles, à l'échelle du Canada, le versement des indemnités représentait 84,4 p. 100 du montant des primes, le rapport indemnités/primes variait considérablement d'une province à l'autre, comme on peut le voir au tableau 7.13. L'excédent des primes sur les indemnités versées était le plus élevé au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Saskatchewan et à Terre-Neuve, et le plus faible en Ontario et en Colombie-Britannique.

Tableau 7.13
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Rapport entre les indemnités et le montant des primes versées aux compagnies d'assurance au Canada et dans les provinces en 1981

Province	Primes directes versées à la compagnie d'assurance	Indemnités versées aux prestataires	Rapport indemnités primes
Alberta	61 237 153$	49 404 888 $	80,7
Colombie-Britannique	59 864 478	52 158 257	87,1
Manitoba	10 875 643	8 755 789	79,8
Nouveau-Brunswick	3 886 260	2 999 814	77,2
Terre-Neuve	2 258 967	1 554 617	68,8
Nouvelle-Écosse	5 108 878	3 973 529	77,8
Ontario	231 162 835	203 092 326	87,9
Île-du-Prince-Édouard	346 844	215 907	62,2
Québec	52 702 353	41 368 879	78,5
Saskatchewan	7 914 660	5 359 334	67,7
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	1 471 403	819 070	55,7
Total pour le Canada	440 195 930[a]	371 589 180[b]	84,4

a. Le total des primes comprend 3 366 456 $ non ventilés par province.
b. Le total des indemnités comprend 1 886 770 $ non ventilés par province.
Source : D'après une étude sur les prestations d'assurance-santé au Canada de 1981 de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.

Il serait utile d'entreprendre une étude sur les raisons de ces différences. D'après l'industrie de l'assurance, les variations de l'écart entre les primes et les indemnités versées aux assurés, d'une province à l'autre, pourraient s'expliquer notamment par les différences dans la taille des groupes inscrits. En effet, le coût des services d'administration est relativement plus élevé pour les petits groupes que pour les groupes importants.

Des dépenses ventilées au titre des indemnités ont été communiquées par huit assureurs pour environ 52 p. 100 du nombre total de contrats comptés dans l'étude, représentant 19 p. 100 du nombre total estimatif des assurés principaux. On trouvera au tableau 7.14 une ventilation en pourcentage de ces indemnités par type de service dentaire.

Pris ensemble, les services diagnostiques et de prévention représentaient plus du tiers des dépenses en indemnités. Ces services, plus les services de restauration, représentaient 70 p. 100 des dépenses totales. Il est surprenant de constater que la chirurgie buccale occupait une proportion minime des dépenses totales, soit 4 p. 100, si l'on considère que 100 p. 100 des régimes dont on connaît les dépenses ventilées assuraient ce service. Les dépenses au titre de la chirurgie buccale sont aussi minimes en comparaison des dépenses dues aux traitements d'orthodontie, qui n'étaient assurés que par 23 p. 100 de ces régimes. Les dépenses d'orthodontie sont à peine plus faibles en chiffres absolus que les dépenses totales de la chirurgie buccale.

Tableau 7.14
Régimes privés d'assurance dentaire collective
Ventilation des dépenses au titre des indemnités
par catégorie de services dentaires en 1981[a]

Catégorie de services	Pourcentage des indemnités
Diagnostic	
Examen et consultation	10
Radiographie	9
Prévention	15
Restauration	36
Endodontie	5
Parodontologie	5
Prothèse amovible	7
Prothèse fixe	5
Chirurgie buccale	4
Orthodontie	3
Autres	1

a. Ventilation sur les réponses de huit tiers payants seulement représentant environ 30 % de tous les assurés principaux à des régimes d'assurance dentaire collective.

8.0 ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Les professionnels dentaires et les analystes des politiques en matière de soins de santé ont de la difficulté à répondre de façon satisfaissante à la question de savoir quelle place exacte occupent les affections bucco-dentaires et les services dentaires dans le réseau de distribution des soins de santé. Le fait est que la prévalence des affections bucco-dentaires au Canada est sérieusement sous-estimée, en particulier par ceux qui sont chargés d'établir les budgets des programmes de soins de santé. La raison en est peut-être simplement que ce n'est pas un sujet majeur dans l'organisation des services médicaux, hospitaliers et infirmiers. Avant de planifier les orientations futures, il est donc essentiel de comprendre le problème posé par les affections bucco-dentaires et de bien évaluer l'ampleur qu'il pourrait prendre.

Trois raisons militent en faveur de l'élaboration de meilleures stratégies en matière de santé dentaire. La première, qui est peut-être la plus pressante, a trait au fardeau du coût des affections bucco-dentaires et de leur traitement pour les Canadiens. Deuxièmement, certaines affections bucco-dentaires sont presque ubiquistes (par exemple, la carie dentaire et les affections parodontales) et elles posent donc un énorme problème de santé publique. Troisièmement, on est de plus en plus conscient de l'incidence de certaines affections bucco-dentaires sur le bien-être général des personnes. Cela est particulièrement vrai dans le cas de malocclusion grave, d'infections virales, de cancer de la bouche, d'édentation, etc.

En ce qui concerne les coûts, les Canadiens ont dépensé 1,23 milliard de dollars en services dentaires en 1980. De plus, le montant consacré à ces services par les Canadiens s'est accru rapidement au cours des deux dernières décennies, en termes absolus et relatifs. En 1960, la population a dépensé 109,6 millions de dollars pour des services dentaires et, en 1970, les dépenses atteignaient 265 millions de dollars, soit une augmentation de 142 p. 100 au cours de la décennie. En 1980, les dépenses dépassaient de 415 p. 100 celles de 1970.

L'importance relative des dépenses en matière de soins dentaires a également été en augmentant. Par exemple, d'après des données récentes, pour chaque tranche de 2,6 dollars dépensés pour tous les services médicaux combinés, 1,0 dollar est consacré aux services dentaires. En 1970, ce rapport était plutôt voisin de 4 à 1. Au Canada, en 1970, les services dentaires représentaient 4,24 p. 100 des dépenses de santé, tandis qu'en 1980, cette proportion avait monté à 5,74 p. 100. Les dépenses dentaires représentaient 0,31 p. 100 du produit national brut en 1970, contre 0,43 p. 100 en 1980.

L'importance et le taux de croissance des dépenses au titre des services de santé bucco-dentaire au Canada sont significatifs au moins pour trois autres raisons. Premièrement, le coût annuel élevé est produit par les 50 p. 100 de la population qui consultent un dentiste dans une année donnée. Si tous ceux qui ont besoin de soins rendaient visite à leur dentiste et étaient traités, les dépenses annuelles au titre des services dentaires, au moins à court et à moyen terme, seraient encore plus élevées. Deuxièmement, l'accroissement rapide des dépenses en services dentaires à coïncidé avec une période de croissance relativement lente de la population du Canada. Troisièmement, le système des régimes d'assurance dentaire à tiers payant n'est nullement universel, puisque moins de 40 p. 100 des Canadiens étaient couverts en 1980. Cependant, on peut affirmer que, pour une bonne partie, l'accroissement des dépenses en services dentaires au cours des années soixante-dix est due à l'expansion rapide des programmes d'assurance dentaire à tiers payant.

On sous-estime le coût réel des affections bucco-dentaires et de leur traitement si l'on se fie uniquement aux chiffres relatifs aux dépenses. En effet, les heures de travail perdues, le coût des déplacements, le temps passé à attendre, les absences scolaires, etc., gonflent le coût des services dentaires au Canada. Il a été estimé que le coût réel des affections bucco-dentaires pourrait dépasser de 15 à 50 p. 100 les dépenses annuelles brutes qu'indiquent les données.

Quant à leur impact sur la population, les affections bucco-dentaires, comme les maladies des yeux ou les blessures à un membre, ne mettent pas en jeu la vie du sujet. Si ces derniers états peuvent être plus invalidants, la carie dentaire, les affections parodontales et, dans une certaine mesure, les malocclusions, sont beaucoup plus courantes. C'est le fait que les affections bucco-dentaires soient si répandues qui leur donne une telle importance. Par exemple, d'après la Commission royale d'enquête sur les services de santé de 1964, les affections bucco-dentaires venaient au troisième rang d'une liste de 21 affections, en ce qui concerne les dépenses; elles étaient précédées seulement par les maladies mentales et par les affections de l'appareil respiratoire.

En ce qui concerne la carie dentaire, des études récentes réalisées au Canada et aux États-Unis ont démontré que plus de 90 p. 100 des écoliers de 13, 14 et 15 ans souffraient de carie dentaire. La carie des racines, problème dont l'effet est amplifié par le vieillissement général de la population, touchent de 40 à plus de 70 p. 100 des adultes âgés de 50 ans ou plus. Ce sont des taux comme ceux-ci, ainsi que leur incidence sur les traitements nécessaires, qui placent la carie dentaire au nombre des préoccupations les plus importantes en matière de santé publique.

Les affections parodontales entraînent plusieurs manifestations différentes mais reliées entre elles qui endommagent les gencives et les éléments de soutien de la dent. Les plus importantes sont les affections inflammatoires et dégénératives telles que la gingivite, la parodontite et la gingivite ulcéreuse aiguë, celle-ci d'incidence moins fréquente. Comme c'est le cas de la carie, la prévalence des affections parodontales est liée à l'âge. D'après diverses données, 39 p. 100 des enfants de 6 à 11 ans pourraient souffrir de gingivite alors que la prévalence de cette affection pourrait être de 95 p. 100 chez les enfants de 13 et 14 ans. Bien qu'on ne dispose peut-être pas encore de données complètement fiables, on estime que plus de 75 p. 100 des adultes dentés souffrent d'affections parodontales destructives. Certains prétendent qu'elles font perdre plus de dents aux adultes de plus de 35 ans que la carie.

Les demandes de traitement de malocclusions sont de plus en plus nombreuses de la part des patients de tout âge. Malheureusement, on ne connaît rien de bien précis sur la prévalence de la malocclusion dans la population. Aux États-Unis, des études postérieures à 1960 et portant sur au moins 100 jeunes de 12 à 18 ans donnent à penser que la prévalence de la malocclusion varie de 46 à 95 p. 100. Quelle que soit l'estimation sur laquelle on se base, on voit qu'il s'agit là d'un énorme problème de santé, en particulier lorsqu'on prend en considération la nature et le coût du traitement. De plus, le coût des traitements d'orthodontie va presque certainement augmenter si les enfants et les adultes continuent à rechercher ces traitements.

Lorsqu'on examine l'incidence des affections bucco-dentaires sur la santé des personnes, on voit que certaines sont plus durement touchées que d'autres. Les enfants dont les parents connaissent mal la gravité des maladies bucco-dentaires, ou les enfants qui sont tout simplement négligés, présentent des caries nombreuses et des abcès, et ils se plaignent de douleurs dentaires. Les adultes qui ne se préoccupent pas de leurs dents cariées auront presque certainement à envisager de nombreuses extractions, et ils devront faire remplacer les dents perdues par des prothèses. Le traitement des affections parodontales, aux stades avancés, entraîne habituellement la mise en oeuvre d'interventions répétées, désagréables et coûteuses, et souvent il faut recourir à la chirurgie. De nombreuses personnes atteintes d'affections parodontales avancées et non traitées souffrent de lassitude et de dépression. Chez les personnes d'âge moyen et les personnes âgées, ces affections sont une cause importante de perte de dents.

Les malocclusions et autres anomalies influant sur l'apparence ont des effets plus sérieux sur les sujets que la plupart des autres affections bucco-dentaires. On connaît bien les effets psychologiques des fissures labiales et palatines, tant sur les enfants que sur les parents. À ses différents degrés d'intensité, la malocclusion affecte également l'image de soi des personnes atteintes. Bien qu'on s'interroge encore sur le sujet, on distingue déjà deux sortes de problèmes : ceux que produisent la réaction des autres à l'affection du patient, et ceux qui provoquent les inquiétudes du patient à propos de sa difformité.

Ce sont les cancers de la bouche qui ont les effets les plus désastreux sur les sujets. Cette maladie atteint surtout les personnes âgées : environ 75 p. 100 des décès dus au cancer de la bouche se produisent dans le groupe d'âge de 55 ans et plus. En Amérique du Nord, le cancer de la bouche représente 3 p. 100 de tous les cancers. Dans les cas où ce type de cancer n'entraîne pas la mort, les ravages causés par la maladie et le traitement défigurent le patient et perturbent sa vie sociale. Le traumatisme psychique et émotionnel résultant du cancer de la bouche est donc énorme.

8.1 Questions sur les politiques en matière de services dentaires découlant de l'étude

Nous sommes partis de deux principes pour présenter les considérations relatives à certaines politiques d'intérêt public. Le premier est que tous les citoyens devraient avoir également accès aux services dentaires nécessaires. En acceptant ce principe, nous reconnaissons implicitement que les services dentaires possèdent des caractéristiques qui les relient davantage aux services médicaux et éducatifs qu'aux services privés offerts sur un marché ouvert et concurrentiel. Cela ne veut cependant pas dire que le marché privé n'a aucun rôle à jouer. Notre deuxième principe est que les programmes organisés d'assurance dentaire, qu'ils soient privés ou publics, favorisent l'accès aux soins dentaires et à leur utilisation, et permettent ainsi à des familles d'atteindre un plus haut niveau de santé bucco-dentaire que lorsqu'elles recherchent et payent directement les services dentaires.

Dans cette perspective, on peut utiliser les résultats de notre étude pour attirer l'attention sur quatre questions importantes relatives aux politiques.

1. Si des considérations d'ordre financier empêchent de faire bénéficier toute la population des programmes de soins dentaires, vers quels objectifs doivent tendre les efforts futurs pour rendre admissibles des catégories particulières de bénéficiaires?
2. Est-ce qu'une structure rationnelle commence à ce dégager quant à la gamme de services dentaires qu'il convient d'assurer dans divers types de programmes de soins dentaires?

3. Est-il possible de réaliser des profils ou d'arriver à des objectifs d'utilisation optimale des services dentaires dans la mise en oeuvre des programmes de soins dentaires?
4. Quels sont les principaux facteurs qui paraissent influer sur les dépenses au titre des services dentaires et comment pourrait-on modifier ces facteurs de façon pertinente?

On pourrait poser d'autres questions, mais, dans la plupart des cas, pour donner des réponses adéquates, il faudrait avoir accès à des données longitudinales de bonne qualité que seules de futures études permettront d'obtenir. Même si l'on entreprend des études techniques supplémentaires, il faudra toujours reconnaître que des considérations d'ordre politique joueront également un rôle important dans l'élaboration des directives futures en matière de soins dentaires. L'histoire de l'assurance-santé au Canada fait ressortir clairement le fait que l'élaboration des directives en matière de soins de santé a été influencée dans une large mesure par diverses considérations d'ordre politique.

Dans la suite de ce chapitre, nous analyserons chacune des quatre questions posées ci-dessus. Nous avons choisi d'examiner ces questions séparément parce que nous espérons y gagner en clarté, au risque de les simplifier quelque peu étant donné que ces questions, inévitablement, sont reliées étroitement entre elles.

8.2 Admissibilité aux programmes de soins dentaires

Comme on l'a vu aux chapitres 2 à 7, les programmes d'assurance dentaire contribuent de plus en plus à satisfaire les besoins des Canadiens en matière de services dentaires. D'après nos données, au 1er janvier 1982, environ 13,6 millions de Canadiens, soit 55,8 p. 100 de la population totale, avaient droit au traitement dentaire dans le cadre de l'un ou l'autre des programmes offerts (voir le tableau 8.1). Ces chiffres ne tiennent pas compte des programmes de prevention et des programmes éducatifs qui sont offerts par divers services de santé aux échelons provincial, municipal ou scolaire. Autant que nous sachions, c'est la première fois qu'on donne à entendre que plus de 50 p. 100 de la population totale du Canada a droit aux services dentaires en vertu de divers types de mécanismes de paiement indirect. En comparaison, 750 000 Canadiens seulement (y compris les Indiens des traités et les Inuit), soit environ 3,5 p. 100 de la population, avaient droit à une forme ou une autre de programme dentaire en 1970. Il s'agit là d'une multiplication par 15, une fois pris en compte l'augmentation de la population, et il ne faut pas oublier que la plus grande partie de cette expansion s'est produite à partir de 1974. En fait, l'accélération de la croissance des programmes dentaires s'est étendue sur sept années, et non douze. Il s'agit donc d'une évolution remarquable. Toutefois, comme on le verra plus loin, il semble que le nombre des personnes admissibles aux programmes dentaires ait plafonné et qu'il pourrait même avoir légèrement baissé.

On peut voir d'après les chiffres du tableau 8.1 qu'au 1er janvier 1982, les régimes privés d'assurance dentaire collective couvraient 34,1 p. 100 des Canadiens, alors que, d'autre part, 21,7 p. 100 des Canadiens étaient admissibles à des programmes du secteur public. Environ 75 p. 100 des personnes admissibles aux programmes de services dentaires publics étaient desservies par des régimes provinciaux et les autres par des régimes fédéraux. Ces données ne tiennent pas compte de l'admissibilité aux services de chirurgie buccale dispensés dans le cadre de l'assurance-santé (tous les Canadiens y ont droit), ni des contrats d'assurance dentaire couvrant les dommages accidentels, dont la plupart font partie des régimes de soins médicaux supplémentaires compris dans les avantages sociaux, ou sont vendus par l'intermédiaire des réseaux d'écoles publiques.

Que faisons-nous maintenant? Cette question est d'actualité et elle est même urgente. Il est évident que, contrairement à ce que l'on aurait pu voir il y a 15 ans, peu de gens recommanderaient d'établir un programme d'assurance dentaire universelle du type de l'assurance-santé. En effet, le marasme de l'économie qui dure depuis des années et la répugnance à augmenter les impôts déjà très lourds ont mis hors de propos l'adoption, dans un proche avenir, d'une assurance dentaire universelle financée à même les deniers publics.

La première solution qui vient à l'esprit pour remplacer l'assurance dentaire universelle, c'est de poursuivre la politique actuelle en matière de croissance des programmes d'assurance dentaire, tant dans le secteur privé que dans le secteur public, de façon que de plus en plus de Canadiens soient admissibles à un programme. Toutefois, cette approche ne tient pas compte (forcément, d'après les données présentées dans notre étude) des événements de 1982 qui ont fait entrevoir la possibilité que le nombre des bénéficiaires de programmes dentaires ait atteint un sommet et qu'il pourrait maintenant commencer à baisser. S'il s'agit vraiment là de l'amorce d'une tendance, le maintien de la politique actuelle pourrait se traduire par une baisse continue du nombre des personnes admissibles à des programmes de soins dentaires.

Tableau 8.1
Programmes de soins dentaires au Canada
Nombre de personnes admissibles aux services
au 1er janvier 1982

Type de programmes	Nombre de personnes admissibles	Pourcentage total de la population
Régimes privés d'assurance dentaire collective	8 310 000[a]	34,1
Programmes de services dentaires du gouvernement fédéral	518 000[b]	2,1
Programmes d'assurance dentaire des gouvernements provinciaux	3 294 000	13,5
Programmes de services dentaires de l'assistance sociale	1 496 000	6,1
Nombre total de personnes admissibles	13 618 000	55,8
Population totale au Canada	24 343 000	100,0

a. On a soustrait 561 000 du nombre communiqué des personnes participant à des régimes privés d'assurance dentaire collective (8 871 000) pour tenir compte du double comptage des enfants assurés par des programmes dentaires provinciaux. Certaines personnes de cette catégorie sont également comptées deux fois lorsque les familles ont plus d'un membre salarié inscrit à des régimes privés d'assurance collective. On n'a pas tenu compte de ce dernier facteur.

b. Exclus les traitements de chirurgie buccale visés par l'assurance-santé (auxquels toute la population a droit), ainsi que les assurances-accident du secteur privé.

8.2.1 Modifications apportées aux normes d'admissibilité depuis le 1er janvier 1982

Les changements suivants, intervenus depuis le 1er janvier 1982, ont contribué à réduire le nombre des personnes admissibles aux programmes de soins dentaires. La province de l'île-du-Prince-Édouard a ramené de 16 à 12 ans l'âge maximal des enfants admissibles à son programme de soins dentaires pour les enfants. Cette initiative a donc privé près d'un tiers des enfants de la province du bénéfice des services dentaires financés à même les deniers publics. En septembre 1982, la Colombie-Britannique a retranché 961 000 personnes admissibles du régime de soins dentaires de la province; en bref, 86 p. 100 des personnes admissibles à ce régime ont perdu leur assurance.

De même, en 1982, le gouvernement du Québec a apporté des changements à son programme, de sorte que plusieurs centaines de milliers d'enfants n'ont plus droit aux services dentaires auxquels ils étaient admissibles jusque-là. Le gouvernement du Québec n'a pas changé le groupe d'âge des enfants admissibles aux services dentaires assurés, mais il a choisi d'éliminer des catégories entières de services de sorte que seuls les enfants de 12 ans conservent leur droit aux mêmes traitements qu'auparavant. Par conséquent, les enfants de 0 à 11 ans n'ont plus droit aux services de prévention dentaire assurés par le programme de la province. En théorie, on a alloué aux départements de santé communautaire (DSC) de la province des sommes additionnelles pour embaucher des hygiénistes dentaires qui dispenseront ces services de prévention. À remarquer que les sommes versées aux DSC étaient inférieures de 20 p. 100 à ce qui était précédemment attribué aux soins de prévention. De plus dans de nombreux cas, les DSC n'ont pas utilisé les fonds pour embaucher des hygiénistes dentaires, acheter l'équipement et construire les cliniques nécessaires pour s'acquitter des soins préventifs aux quelque 800 000 enfants. En ce qui concerne les enfants de 13 à 15 ans, le programme continue à payer l'examen annuel et les soins de prévention dentaire; toutefois, ces enfants n'ont plus droit au paiement des obturations ou de tout autre travail de restauration, et ils ne sont pas non plus couverts pour les traitements d'endodontie ou les extractions simples.

Du côté du secteur privé, si l'admissibilité n'a pas été limitée, la croissance d'année en année s'est ralentie. L'augmentation en pourcentage de 1981 à 1982 du nombre des bénéficiaires de l'assurance dentaire offerte par des compagnies affiliées à l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. a été de moins de 5 p. 100. On pense que le nombre des bénéficiaires de programmes dentaires mis en oeuvre par des compagnies affiliées à la Croix-Bleue et par des coopératives est demeuré stable, n'ayant affiché qu'une faible augmentation, sinon aucune, depuis 1981. Deux facteurs paraissent rendre compte de cette situation. Premièrement, de nombreux groupes de grande taille composés d'employés d'entreprises (qui sont les cibles naturelles des programmes

d'assurance dentaire collective), font déjà partie de régimes, ce qui réduit les possibilité d'expansion de ce marché. Deuxièmement, le taux de chômage a été très élevé en 1981 et 1982, ce qui a entraîné la réduction du nombre des assurés principaux et des personnes à charge participant à des régimes d'assurance dentaire collective. On peut s'attendre à une augmentation des inscriptions à des régimes d'assurance dentaire collective au fur et à mesure que le taux de chômage ira en s'abaissant, mais cette évolution sera lente.

Un autre facteur pourrait également ralentir la croissance future des régimes privés d'assurance dentaire collective. Étant donné la période prolongée de difficultés économiques auxquelles de nombreuses personnes ont eu à faire face, les chômeurs qui retrouvent du travail peuvent préférer recevoir un plus gros salaire assorti d'avantages sociaux moindres, afin de diminuer leur dette personnelle ou de faire les achats qu'ils avaient remis à plus tard. Cette tendance peut s'affirmer malgré le fait que les traitements dentaires constituent un revenu non imposable, alors que les salaires plus élevés subissent l'effet de la croissance du taux marginal d'impôt. Par conséquent, toute tentative de réintroduire par voie législative l'imposition des contributions des employeurs aux régimes d'assurance dentaire collective aura des effets indésirables sur le nombre des inscriptions à ces régimes. En agissant ainsi les gouvernements signifieraient leur intention de se désengager des programmes de soins dentaires, ou du moins d'alléger leur engagement, mais en plus ils décourageraient en même temps les initiatives du secteur privé, toutes limitées qu'elles puissent être, visant à offrir des assurances dentaires.

En bref, l'absence de nouvelles politiques concernant les programmes de soins dentaires, tant ceux du secteur public que ceux du secteur privé, peut avoir pour effet de ralentir les inscriptions ou entraîner un fléchissement lent, mais limité. Il se pourrait que ce dernier mouvement soit déjà amorcé et, dans ce cas, il ralentirait de façon regrettable la croissance des programmes de services dentaires.

8.2.2. Stratégies visant à étendre les programmes de soins dentaires à des populations cibles

Si un programme d'assurance dentaire universelle n'est pas une option réaliste pour le moment, et s'il est vrai qu'une politique visant à maintenir la situation actuelle aurait probablement pour conséquence de ralentir, sinon de réduire, les inscriptions à des régimes d'assurance dentaire, quelles sont les stratégies efficaces qui restent à envisager? Pour notre part, nous pensons que les gouvernements fédéral et provinciaux pourraient adopter une politique les engageant à améliorer l'accès des enfants aux services dentaires. En effet, ce groupe est le moins susceptible de veiller lui-même à son hygiène dentaire et il présente un risque plus élevé de caries et de gingivite; de plus, pour ce groupe, le traitement présentera des avantages à long terme particulièrement importants. Deuxièmement, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient prendre des mesures pour encourager les assurances dentaires collectives, afin d'accroître le nombre d'adultes ainsi desservis. Troisièmement, il faudrait encourager le secteur privé à rechercher comment offrir des régimes d'assurance dentaire collective dans les provinces où le niveau d'activité industrielle est inférieur à la moyenne. Dans la même perspective, il faudrait faire en sorte que les groupes de petite taille puissent obtenir les mêmes primes et les mêmes avantages que les groupes de grande taille.

8.3 Services dentaires assurés

Dans l'élaboration de tout programme de traitement dentaire, une question difficile se pose : quels services dentaires doivent faire partie de la couverture courante? Les données du présent projet indiquent bien que les programmes varient considérablement quant aux services offerts, et que, par conséquent, les programmes actuels de soins dentaires ne tiennent pas compte de principes fondamentaux comme ceux qui sous-tendent l'assurance-santé au Canada. La diversité des programmes du secteur privé est facile à expliquer et démontre surtout le manque d'information des consommateurs sur les caractéristiques désirables des programmes. Nous traiterons de cette question plus loin. Les programmes de soins dentaires financés à même les deniers publics offrent une bien moins grande variabilité. Cependant, nous avons constaté que les programmes de services dentaires du secteur public modifient la couverture des soins dentaires de façon plutôt arbitraire.

8.3.1 Dilemme des services de prévention rémunérés à l'acte

Ce dilemme est commun aux programmes de services dentaires du secteur public comme du secteur privé. Par exemple, dans le régime d'assurance dentaire pour les enfants de la Nouvelle-Écosse, les services de prévention (y compris l'orthodontie) représentaient 28 p. 100 des dépenses du programme. Au Québec, 33 p. 100 de tous les services du programme étaient consacrés à la prévention, alors qu'au Manitoba, les chiffres correspondants étaient de 27 p. 100 (cliniques publiques) et 45 p. 100 (Association dentaire du Manitoba). Dans le cas des régimes privés d'assurance dentaire collective, 15 p. 100 des dépenses étaient consacrées à la prévention, soit le deuxième poste de dépenses en importance, après les services de restauration.

Si les ressources n'étaient pas limitées, la part de la prévention ne susciterait pas d'inquiétude. Comme ce n'est pas le cas, il faut examiner avec soin les questions suivantes.

1. La prophylaxie dentaire courante et les applications topiques de fluorure sont-elles des services rentables lorsque a) ils sont étendus à tous les bénéficiaires; b) ils sont dispensés par un personnel trop qualifié pour cette tâche; c) ils sont rémunérés à l'acte, sur la base des honoraires des dentistes?
2. Si les services tels que la prophylaxie, les applications topiques de fluorure et l'enseignement des mesures d'hygiène buccale et des principes de nutrition ne sont pas rentables lorsqu'ils sont dispensés tous les ans ou deux fois l'an et rémunérés à l'acte, sur la base des honoraires des dentistes, pourquoi ne pas les réduire sensiblement pour en assurer plutôt de plus utiles, donner accès au programme à un plus grand nombre de personnes ou, tout au moins, éviter les coupures de services comme on l'a fait en Colombie-Britannique, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec?

Il n'est pas simple de donner la bonne réponse à ces questions. Tout d'abord, il faut admettre que les dentistes ne transigent pas sur la nécessité de financer les services de prévention. Il faut tenir compte de l'opinion de ces professionnels. Il est certain que la prévention doit jouer un rôle central en médecine dentaire; cependant, la question est de savoir s'il est rentable de rémunérer ce service à l'acte. Deuxièmement, il faut se demander si tout le monde a besoin du même ensemble de services de prévention, c'est-à-dire tous ceux prévus par le barème. Troisièmement, il est incontestable que certains enfants à haut risque pourraient tirer un grand bénéfice des techniques intensives de prévention dentaire énumérées plus haut. La difficulté est donc de savoir à quels enfants devraient légitmement être destinées les services de prévention dentaire. Quatrièmement, les données dont on dispose actuellement sur l'efficacité des techniques de prévention réalisées en cabinet dentaire ne sont plus à jour de façon générale. Elles s'appliquent à une époque où le nombre des caries était considérablement plus élevé qu'il semble l'être aujourd'hui. Les données actuelles donnent fortement à penser que, à l'exception de l'utilisation des agents de scellement, la plupart des techniques de prévention appliquées en cabinet dentaire ne sont pas rentables dans une perspective de prévention des caries dentaires. Il est paradoxal de constater que la plupart des programmes de soins dentaires mis en oeuvre au Canada actuellement n'utilisent pas les agents de scellement, à l'exception de ceux de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan.

Il semble y avoir un meilleur équilibre entre la consommation des soins préventifs et celle des soins curatifs dans les régimes privés d'assurance dentaire collective. Néanmoins, la situation doit être examinée de près, contrat par contrat. En limitant plus strictement la dispensation des services de prévention, les régimes privés d'assurance dentaire collective pourraient être à même de mieux assurer les traitements parodontaux ou d'orthodontie, par exemple, sans augmenter les primes de façon appréciable. De cette façon, le patient pourrait obtenir plus de services en échange des primes versées.

En résumé, il y a trois raisons pour traiter de la question des services de prévention dentaire de façon directe et explicite. Premièrement, les données laissent croire que des proportions excessives des dépenses des programmes ont été consacrées à des services de prévention de valeur douteuse. Deuxièmement, en réaction justement à cette situation, les administrateurs de programmes de soins dentaires ont commis deux erreurs. D'une part, ils ont réduit la fréquence autorisée de ces services, ce qui rend les services restants encore moins rentables. Voilà un bon exemple de solution mal choisie. D'autre part, les administrateurs de programmes ont réduit, ou permis que soient réduits, les honoraires versés pour les services de prévention, de telle sorte que les honoraires autorisés paraissent une insulte aux dentistes. Les dentistes ont donc été moins bien disposés envers les programmes, et l'on se demande si, à sept dollars pour une prophylaxie et une application topique de fluorure (selon le tarif établi par Québec), le dentiste est réellement motivé pour travailler efficacement. Troisièmement, sous les pressions des trésoriers provinciaux, les administrateurs de programmes n'ont pas réussi à supprimer complètement les services dentaires de valeur incertaine; au lieu de cela, ils ont permis soit une réduction du nombre des personnes admissibles au programme (Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard), soit une réduction de traitements pourtant utiles (pour les enfants de 13 à 15 ans au Québec). En ce qui concerne ces trois derniers points, nous soutenons qu'une stratégie plus efficace consisterait à cesser complètement d'assurer certains types de services de prévention rémunérés à l'acte, et à la place, utiliser les sommes épargnées pour augmenter le nombre des personnes admissibles, ce qui annulerait les réductions envisagées; ou encore à offrir des honoraires plus équitables pour d'autres services dentaires et mettre en oeuvre, à l'intention du public, des programmes de prévention et d'éducation en matière d'hygiène dentaire plus rentables. Finalement, il ne faut jamais oublier que les dentistes ont toujours la liberté de recommander des services particuliers de prévention à leurs patients qui, à leur tour, sont libres de les accepter et d'en payer les frais.

8.3.2 Problèmes posés par l'assurance des services de radiographie

Si l'on se tourne vers les services diagnostiques, la plupart des programmes de soins dentaires semblent très bien les administrer. D'après les données, ce n'est qu'en ce qui concerne la quantité et la fréquence des radiographies que l'on remarque des disparités importantes, ou que des changements appréciables sont survenus. Par exemple, nous remarquons que, dans les programmes de soins dentaires des Forces armées canadiennes et du ministère des Affaires des anciens combattants, les radiographies représentaient plus de 30 p. 100 des services assurés. Si l'on en juge d'après le nombre moyen de restaurations mises en place, ou par comparaison avec le rendement des régimes privés d'assurance dentaire collective, il pourrait être utile de réexaminer les critères utilisés dans les deux programmes pour décider de la prise de radiographies. Il faut faire remarquer que, dans les programmes du MAAC, les membres de la GRC, du fait qu'ils choisissent plus librement leur dentiste, deviennent des consommateurs de radiographies supérieurs à la moyenne.

Pour ce qui est des programmes destinés aux enfants, on a eu tendance à limiter l'utilisation des radiographies. Cette attitude semble être prudente et compatible avec la constatation que le nombre des caries dentaires, en particulier les caries des faces proximales, a diminué chez les enfants. Néanmoins, il est quelque peu surprenant de constater qu'à Terre-Neuve, on prend une moyenne de 0,47 radiographie par enfant traité, alors qu'au Québec, le chiffre correspondant est de 3,00. Bien que ce soient là des extrêmes, il reste encore des variations considérables dans la tendance à prescrire des radiographies pour les patients traités dans le cadre des divers programmes pour enfants.

8.3.3 Services de restauration assurés

À propos des services de restauration prévus dans les programmes pour enfants, il est remarquable de constater qu'au Manitoba, à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan, le nombre de restaurations par enfant traité en 1981-1982 était de 1,67, 1,27, 1,44 et 1,26 respectivement, alors que, pour le Québec, ce chiffre était de 2,87, soit le double des autres provinces. Cette observation pourrait sembler ne pas avoir beaucoup d'importance, mais si l'on multiplie ce chiffre par les centaines de milliers d'enfants traités et, ensuite, par les honoraires correspondants, on en arrive à une somme considérable qui justifierait un examen plus approfondi de la question. Il semble à peu près certain que les différences entre provinces sur le nombre des caries chez les enfants ne peuvent expliquer l'écart observé.

8.3.4 Assurance et codage des extractions simples

L'un des résultats les plus encourageants des programmes provinciaux de soins dentaires pour les enfants est le fléchissement régulier observé dans le nombre des extractions. Si des différences continuent à exister d'une province à l'autre, elles commencent à s'estomper. Plusieurs programmes, en particulier ceux de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan, pourraient avoir atteint un point au-dessous duquel on ne peut faire descendre le nombre des extractions. Dans ces provinces, il semble qu'une proportion importante des extractions de dents permanentes soient faites pour remédier au chevauchement et aux malocclusions qui l'accompagnent. À l'avenir, il pourrait devenir souhaitable de coder ces extractions de manière distincte, de façon que la raison de l'extraction puisse être déterminée avec plus de précision.

8.3.5 Régimes privés d'assurance dentaire collective – Problème posé par l'information des consommateurs

Il est plus difficile d'analyser les services dentaires offerts par des régimes privés d'assurance dentaire collective. Il existe deux facteurs importants paralysants. Premièrement, aucun des assureurs ou presque ne tient des fichiers permettant d'extraire des données valables par service. Deuxièmement, dans le cas des régimes privés, il semble y avoir considérablement moins d'intérêt à déterminer la répartition précise des services consommés dans une année donnée. Il en résulte que les assureurs privés ont relativement peu d'informations sur l'évolution des services dentaires. Des rapports sur ces sujets sont préparés pour certains clients des assureurs, mais cette pratique est loin d'être courante. Du point de vue de l'analyste, une conséquence importante de ce fait est qu'on est incapable de juger de l'effet réel avec le temps des services dentaires couverts par les régimes d'assurance dentaire à tiers payant et à paiement anticipé.

Lorsqu'on examine la répartition des services offerts par les régimes d'assurance dentaire collective, il faut également prendre en considération le fait que les conditions de paiement varient énormément d'un contrat à l'autre. Ainsi, bien que, d'après nos données, 12 p. 100 des dépenses soient consacrées aux prothèses fixes et amovibles, il ne faut pas oublier que seulement 32 et 39 p. 100, respectivement, de tous les contrats, remboursaient

ces services. De plus, les contrats assurant les prothèses emploient toute une variété de plans de partage des dépenses, qui rendent le patient responsable d'une partie du coût de ces services. Par conséquent, dans un sens, les chiffres que nous donnons au tableau 7.14 pour tous les services, sauf les services diagnostiques et de prévention, sous-estiment le total réel des dépenses engagées par les participants à des régimes privés d'assurance dentaire collective.

Il est maintenant opportun de revenir sur la question de l'information des consommateurs pour ce qui est d'obtenir un régime d'assurance dentaire remplissant tous leurs besoins. Il nous semble que les consommateurs, généralement des groupes composés d'employeurs ou d'employés, n'exigent pas le type d'assurance dentaire qui répond le mieux à leurs besoins. En général, les groupes prennent trop d'assurance couvrant les traitements de moindre importance, prévisibles et abordables alors qu'ils sont insuffisamment couverts pour des services dentaires plus complexes et moins prévisibles. En fait, un trop grand nombre de groupes versent des primes qui couvrent presque 100 p. 100 des services de prévention, des radiographies, des extractions simples, etc., alors que, souvent, les traitements parodontaux, les prothèses fixes et l'orthodontie ne figurent pas dans le contrat, exigent un paiement partiel important de la part du patient (habituellement 50 p. 100), ou encore sont l'objet de plafonds fixés trop bas (habituellement, de 1000 à 1500 $ dans le cas de l'orthodontie).

On obtient alors l'un ou l'autre de trois résultats. Pour le patient qui présente des problèmes dentaires mineurs, plutôt courants, le régime dentaire remboursera habituellement moins que ce que le patient a versé, en particulier si le sujet allonge l'intervalle entre les visites au dentiste au-delà des 6 à 12 mois habituels. Pour les personnes qui ont besoin d'un pont à 4 éléments coûtant 1200 $, de nombreux régimes d'assurance dentaire ne rembourseront que 50 p. 100. Étant donné qu'un pont n'est pas posé tous les ans, l'assuré doit prendre en considération le total de ses dépenses et de ses indemnités pendant l'année en cours et plusieurs années précédentes. Cela fait, on découvre fréquemment que le total des primes, franchises et copaiements équivaut presque aux indemnités obtenues en vertu du contrat. Finalement, dans le cas de l'assuré dont la famille a une bonne hygiène dentaire et qui dépense de très petites sommes chez le dentiste annuellement, le régime d'assurance dentaire est surtout utile lorsqu'un enfant a besoin d'orthodontie dont le coût est environ 3000 $. Toutefois, étant donné les plafonds imposés habituellement pour l'orthodontie (souvent 1000 ou 1500 $), l'assuré principal devra encore débourser de 1500 à 2000 $ pour le traitement. Si la famille décide qu'elle ne peut régler elle-même cette dépense réduite, elle renonce à des prestations couvertes par les primes versées. À cause de l'importance du copaiement en jeu, cette décision devient celle d'un bon nombre de familles.

Il est important de se rendre compte que, dans la plupart des cas, en particulier lorsque le groupe contient 100 membres ou plus, c'est le groupe, et non l'assureur, qui prend l'initiative de la conception du régime. C'est généralement à ceux qui souscrivent aux régimes qu'incombe la responsabilité de la situation signalée plus haut. De plus, il semble que les assureurs ne donnent que peu de conseils valables en cette matière, car, en général, ils comprennent très peu les besoins véritables des divers groupes en matière de services dentaires. Cela nous semble plutôt surprenant, étant donné qu'on s'attendrait à ce que l'assureur qui comprend le mieux les besoins de ses clients ait un avantage sur ses concurrents.

8.3.6 Services dentaires offerts aux assistés sociaux

Si l'on passe aux programmes de soins dentaires offerts aux bénéficiaires de l'assistance sociale, nos données révèlent clairement un écart notable dans la gamme des services dentaires assurés. Certaines provinces mettent en oeuvre un système à l'échelle de la province pour financer une vaste gamme de services, alors que d'autres provinces ne prennent pas les mêmes dispositions et confient plutôt aux travailleurs sociaux locaux le soin d'autoriser les dépenses dentaires au besoin, après examen de chaque cas. Cette dernière approche est axée sur les soins en cas d'urgence. Étant donné qu'une partie très importante du financement de l'assistance sociale se fait par le biais de l'assistance publique du Canada, il est justifié d'étudier les variations dans les services dentaires assurés ainsi que dans les conditions à remplir pour accéder aux services dentaires, si l'on veut prendre éventuellement des mesures correctives les plus appropriées.

Une question demande une attention spéciale : c'est la tendance, pour les programmes de soins dentaires liés à l'assistance sociale, à favoriser le financement des extractions et des prothèses amovibles par rapport à d'autres formes de traitement plus positives. Si nous ne recommandons pas de cesser d'assurer les extractions et les prothèses amovibles, du moins nous croyons qu'on pourrait introduire des niveaux de copaiement pour rétablir l'équilibre et pour encourager une plus grande utilisation des soins destinés à préserver les dents naturelles. Cette stratégie ne vise pas tous les groupes d'âge adulte, mais pourrait plutôt viser les gens de moins de cinquante ans, par exemple. Un régime qui rembourse les extractions et un dentier complet pour un assisté social de 25 ans, mais qui ne rembourse pas les services de restauration, adopte une stratégie qui va s'avérer nuisible.

8.4 Utilisation des programmes de soins dentaires

L'utilisation des programmes de soins dentaires au Canada varie de près de 100 p. 100 pour les membres des Forces armées canadiennes à 30 p. 100, ou moins, pour les Indiens et les Inuit et les assistés sociaux. Cependant, à l'intérieur de ce vaste intervalle, on peut dire que de 70 à 75 p. 100 des personnes admissibles aux programmes les utilisent.

8.4.1 Utilisation des services dentaires dans le cadre des programmes publics de soins dentaires pour les enfants

En ce qui concerne les divers programmes de soins dentaires pour les enfants, 70 p. 100 ou plus des enfants de plus de 3 ans utilisent maintenant ces programmes. Certains programmes font mieux, par exemple ceux du Manitoba, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan. Un taux d'utilisation de 70 p. 100 ou plus signale une amélioration importante pour la santé dentaire des enfants. Bien qu'on manque de données précises, il y a tout juste 15 ans, on pensait que des taux d'utilisation des services dentaires de 50 p. 100 étaient courants. La mise en oeuvre de programmes implantés dans les écoles au Manitoba, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan a changé la situation presque d'un jour à l'autre. Dans les programmes à paiement anticipé, cette évolution a été plus lente, bien qu'elle soit indéniable, comme le montrent les tableaux 4.16, 4.20 et 4.35. L'effet sur la santé buccale a été également net, si l'on en juge d'après la baisse du nombre des extractions et l'augmentation du nombre des dents obturées par rapport aux dents cariées, absentes et obturées (O/CAO). Toutefois, et conformément à notre examen précédent des services de prévention, on a peu de preuves que les niveaux absolus de CAO aient diminué de façon notable à cause des efforts entrepris dans le cadre des divers programmes.

8.4.2 Utilisation des services dentaires dans le cadre des régimes privés d'assurance dentaire collective

Du côté des autres programmes de soins dentaires, il est encourageant de remarquer que les régimes privés d'assurance dentaire collective, avec le rôle dominant qu'ils jouent, ont atteint un niveau annuel d'utilisation de 75 p. 100 (tableau 7.11). D'autres calculs moins directs, que nous avons effectués d'après la base de données complètes, donnent à penser que le taux d'utilisation pourrait plutôt avoisiner les 73 p. 100. De toute façon, ces chiffres indiquent que les programmes de soins dentaires à paiement anticipé peuvent très efficacement entraîner un niveau d'utilisation acceptable dans une population composée d'adultes et d'enfants. Si ces chiffres sont positifs, il faut reconnaître que le groupe admissible comprend les salariés, les citadins et les groupes légèrement plus aisés de la société. Par contre, les programmes de services dentaires universels pour les enfants assurent tous les sujets d'un groupe d'âge bien défini et, par conséquent, les statistiques d'utilisation comprennent des données sur les enfants dont les familles sont au chômage, vivent dans des régions rurales et sont un peu moins aisées. Il s'ensuit que les chiffres d'utilisation du secteur public et du secteur privé ne s'appuient pas sur des bases tout à fait comparables.

8.4.3 Utilisation des services dentaires par les personnes âgées

De tout temps, les personnes âgées ont moins utilisé les services dentaires que les autres groupes d'âge, ce que tendent à confirmer nos données. En particulier, sauf en 1980-1981, le taux d'utilisation des services dispensés en vertu de l'*Extended Health Benefits Program* de l'Alberta s'est tenu constamment entre 25 et 30 p. 100. En vertu du programme de soins dentaires mis en oeuvre par le ministère des Affaires des anciens combattants, environ 37 p. 100 des anciens combattants ont obtenu un ou plusieurs services dentaires en 1982-1983. Pourquoi ces taux d'utilisation sont-ils si faibles? On peut écarter le prétexte des restrictions économiques. En effet, tant le programme de l'Alberta que celui du MAAC assument tous les coûts d'une gamme étendue de services et, par conséquent, la question de la situation financière des prestataires ne devrait pas jouer un grand rôle, d'autant plus que ces deux programmes fonctionnent depuis déjà assez longtemps. Il est probable qu'on puisse relier cette situation à des facteurs d'attitude tels que la valeur moindre donnée à une bonne hygiène buccale et peut-être à la croyance qu'avec l'âge, on peut s'attendre à avoir une mauvaise denture. Dans la mesure où cette hypothèse est valide, et nos données ne portent pas sur ce sujet, ces attitudes peuvent faire l'objet d'un effet de cohorte. Si c'est le cas, les futures cohortes de personnes âgées qui, durant leur âge moyen, ont été influencées par la plus grande importance donnée à l'hygiène dentaire, pourraient mieux se faire soigner afin de conserver leurs dents.

Un autre facteur qui pourrait influencer l'utilisation des programmes de soins dentaires par les personnes âgées concerne les limites imposées par les programmes du point de vue du traitement. Par exemple, il est courant qu'une fois qu'un dentier a été remboursé, on ne puisse le remplacer avant cinq ans. Un troisième facteur pourrait être que les personnes âgées ne connaissent pas les programmes de soins dentaires ou n'en comprennent pas la portée. Les données du tableau 4.2 sur l'Alberta le laissent à entendre, car on constate un bond inexpliqué dans l'utilisation des programmes en 1980-1981. Un examen plus attentif révèle que cette augmentation de l'utilisation pourrait être due

à une élévation de 200 $ du plafond du coût des traitements sur 12 mois; elle pourrait également résulter d'une campagne de sensibilisation visant particulièrement les personnes âgées, entreprise par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta.

8.4.4 Problème spécial posé par l'utilisation des programmes de soins dentaires par les Indiens et les Inuit

Quand on les examine dans leur totalité, les régimes d'assurance dentaire de tous types semblent avoir eu un effet souhaitable et positif sur l'utilisation des services dentaires. Néanmoins, nos données font ressortir également certains sujets de préoccupation, entre autres, celui du programme de soins dentaires pour les Indiens et les Inuit. Le fait que plus de 350 000 autochtones du Canada soient admissibles à un programme de soins dentaires parrainé par le gouvernement fédéral, et que 30 p. 100 seulement se fassent traiter dans une année donnée, représente une situation à laquelle il faut porter plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Comme le démontrent les données épidémiologiques, et comme le savent la plupart des médecins et des infirmières qui s'occupent des autochtones, les affections dentaires et leurs séquelles représentent un problème sanitaire important pour les Indiens et les Inuit. Il faudrait donc trouver des moyens plus efficaces d'assurer la prévention au niveau des collectivités et d'encourager une meilleure utilisation des services de traitement. Pour mettre en oeuvre cette dernière stratégie, il faudrait mieux répartir un nombre croissant de professionnels dentaires tout en prêtant plus d'attention à des groupes cibles choisis avec discernement. En même temps, les autochtones eux-mêmes doivent faire preuve d'une plus grande initiative pour obtenir les services dentaires auxquels ils ont droit en vertu des programmes existants.

8.4.5 Noyau irréductible des non-utilisateurs des programmes de soins dentaires

Les résultats de notre étude mettent au jour une deuxième préoccupation : il est fort possible qu'il existe, même avec un programme généreux de soins dentaires à paiement anticipé, un noyau de personnes réfractaires aux programmes. À notre avis, jusqu'à maintenant, on a négligé ce sujet, mais on pourrait en faire l'étude en utilisant les bases de données existantes. Notre démonstration s'appuie sur l'observation suivante : parmi les trois cohortes les plus âgées du régime d'assurance dentaire pour les enfants de la Nouvelle-Écosse, entre 25,8 et 28,9 p. 100 des enfants admissibles n'ont jamais utilisé le programme pendant une période de quatre ans (tableau 4.22). Cette situation pourrait être préjudiciable, en particulier aux enfants. De plus, la faute peut ne pas leur incomber; il est plus probable que les parents aient tendance à remettre le traitement au lendemain ou soient négligents, et c'est l'enfant qui en souffrira plus tard.

Avant de proclamer l'existence d'un problème, il faudrait recueillir davantage d'informations pour déterminer si la situation décrite ci-dessus est générale et s'applique à d'autres programmes. Si une étude donne une réponse affirmative à cette question, on pourra se poser d'autres questions. Le problème est-il en voie d'amélioration? Le problème est-il lié à certains facteurs de distribution des services dentaires tels que l'éloignement géographique du dentiste? La situation socio-économique apparente de l'enfant joue-t-elle un rôle? Finalement, et cette question est encore plus essentielle, comment la non-utilisation du programme influe-t-elle sur l'hygiène buccale? En d'autres termes, l'hygiène dentaire des non-utilisateurs est-elle notablement différente de celle des utilisateurs réguliers des programmes de soins dentaires?

8.4.6 Utilisation des programmes de soins dentaires – Qu'est-ce qui constitue un niveau d'utilisation convenable?

Finalement, nous avons de plus en plus conscience que, si les taux d'utilisation ont une importance évidente, et s'ils revêtent toujours un grand intérêt pour les analystes des programmes de soins dentaires, il n'y a pas d'accord général sur ce qui représente un niveau d'utilisation approprié. Il semble donc impossible de dire qu'un certain programme est couronné de succès parce qu'il atteint l'utilisation visée. Pour le moment, il semble exister deux notions sur ce point. Premièrement, on estime qu'une utilisation plus élevée vaut mieux qu'une utilisation moindre, presque sans égard à d'autres considérations. Deuxièmement, étant donné que l'utilisation est souvent exprimée en pourcentage, 100 p. 100 semble être un idéal couramment visé, même s'il n'est qu'implicite. Toutefois, ces notions peuvent être peu pertinentes pour le planificateur de programmes.

Il semblerait souhaitable que les responsables des politiques et de la gestion des programmes entreprennent une étude approfondie de toute la question des objectifs d'utilisation et de leur rôle dans les programmes de traitement dentaire. Jusqu'à ce que ce soit fait, il sera impossible pour l'administrateur de programme d'évaluer si, disons à 29 p. 100, l'*Extended Health Benefits Dental Program* de l'Alberta réussit raisonnablement à atteindre son

objectif en matière d'utilisation*. Il est évident que non seulement l'utilisation du programme à 100 p. 100 est un objectif impossible à atteindre, étant donné les restrictions imposées pour certains traitements prescrits dans le cadre du programme, mais il est difficile de savoir si cet objectif constitue, même à longue échéance, un objectif réaliste pour un programme.

Est-ce à dire que l'utilisation à plus de 96 p. 100 du programme de soins dentaires des Forces armées canadiennes signifie qu'on n'a pas encore atteint le stade optimal? Le fait est que personne n'en sait rien! Si l'on pose la question en examinant des groupes de population plus comparables, l'utilisation à 96 p. 100 par les membres des Forces armées canadiennes est-elle meilleure que l'utilisation à 82 p. 100 des membres de la Gendarmerie royale canadienne? Dans l'affirmative, ce dernier programme devrait-il prendre des mesures pour améliorer ses résultats? Là encore, nous sommes d'avis que les études insuffisantes entreprises jusqu'à maintenant sur les objectifs appropriés en matière d'utilisation ne permettent pas de répondre aux questions ci-dessus en connaissance de cause.

Une autre dimension de la question de l'utilisation a trait aux services qui sont effectivement fournis à la personne qui rend une ou plusieurs visites au dentiste. En d'autres termes, une fois l'intéressé devenu utilisateur, les soins reçus sont-ils appropriés? Bien que cette question semble s'apparenter aux questions portant sur la qualité des soins, elle s'applique également à l'intensité de l'utilisation qui, comme le savent les observateurs du réseau de distribution des soins médicaux, a un retentissement considérable sur le coût des programmes.

Pour conclure la présente section, on peut souligner que l'utilisation globale des programmes de soins dentaires s'est orientée dans la bonne direction, c'est-à-dire qu'elle a augmenté. Il ressort des résultats d'autres études que cette évolution a coïncidé avec une amélioration appréciable de la santé buccale. On a dégagé certains problèmes spécifiques. Le premier concerne la faible utilisation des services dentaires par les Indiens et les Inuit du Canada. Le deuxième se rattache à l'existence de personnes qui n'utilisent jamais les programmes de soins dentaires offerts. La troisième préoccupation est plus générale et concerne l'absence possible d'objectifs d'utilisation pratiques et efficaces, qui permettraient de mieux administrer les programmes existants comme les programmes futurs.

8.5 Dépenses des programmes de soins dentaires

Les dépenses de programmes de soins dentaires au Canada ont été estimées au total à 1,4 milliard de dollars pour 1981; elles ont atteint 1,6 milliard en 1982. D'après nos données pour 1981, les dépenses attribuables à l'une des cinq catégories de programmes de soins dentaires à paiement anticipé décrits dans le présent rapport représentent un montant de 895 millions de dollars, soit près de 56 p. 100 du total des dépenses des programmes de soins dentaires. On trouvera au tableau 8.2 les données relatives aux dépenses par catégorie de programmes de soins dentaires. D'après ces chiffres, les régimes privés d'assurance dentaire collective comptent pour 63 p. 100 des dépenses des programmes de soins dentaires. Les régimes provinciaux d'assurance dentaire, qui viennent au deuxième rang, représentent 23 p. 100 des dépenses des programmes. Il est assez surprenant de constater que les services dentaires pour les assistés sociaux sont la catégorie de dépenses qui vient au troisième rang par ordre d'importance, soit 6,2 p. 100 des sommes déboursées. Les programmes de soins dentaires entièrement administrés par le gouvernement fédéral représentent 6,7 p. 100 des dépenses, les services de chirurgie bucco-dentaire fournis en vertu de l'assurance-santé comptant pour 1,6 p. 100 du total.

Les sommes totales figurant au tableau 8.2 ont tendance à obscurcir le fait que les dépenses des programmes de soins dentaires sont plutôt inégalement réparties dans tout le Canada. Ainsi, l'Ontario seul rend compte de plus de la moitié des dépenses des régimes privés d'assurance dentaire collective, tandis que l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Québec rendent compte d'un autre 40 p. 100, ce qui signifie que les six provinces restantes comptent ensemble pour moins de 10 p. 100 des dépenses des régimes privés d'assurance dentaire collective. Il en résulte que les dépenses par personne des régimes privés d'assurance dentaire collective sont élevées dans les provinces les plus peuplées et les plus industrialisées, et qu'elles sont par conséquent inférieures à la moyenne dans les provinces plus petites et moins industrialisées.

8.5.1 Dépenses par personne admissible

Le tableau 8.2 donne également les dépenses par personne admissible pour quatre des cinq catégories de programmes de soins dentaires. Les données montrent que dans le cas des programmes de soins dentaires entièrement mis en oeuvre par le gouvernement fédéral, les dépenses sont d'environ 50 p. 100 plus élevées par

* Si l'on ne se soucie que de justice sociale, et si l'on n'a pas d'objectifs en matière de santé dentaire, il est évident que la question de l'utilisation du programme de soins dentaires perd de son acuité. Toutefois, même si l'on envisage la politique sociale dans une perspective élargie, on peut penser qu'il s'agit là, à tout le moins, d'un principe qui n'a pas sa raison d'être et sur lequel on fonde un programme.

personne admissible que dans les autres catégories. Naturellement, ces chiffres dépendent de l'utilisation en pourcentage dans chaque programme, ainsi que de la répartition par âge des groupes inscrits, ce qui rend leur interprétation difficile. Par exemple, si les programmes provinciaux sont moins coûteux que les programmes fédéraux, cela est sûrement du fait que tous les programmes provinciaux de soins dentaires, sauf un, sont destinés aux enfants.

Tableau 8.2
Programmes de soins dentaires au Canada
Dépenses au titre des services dentaires

Type de programmes	Dépenses par personne admissible[a]	Dépenses (en millions)
Régimes privés d'assurance dentaire collective[b]	64,00 $	561,2 $
Programmes de soins dentaires du gouvernement fédéral[c]	116,00	60,0
Programmes de soins dentaires des gouvernements provinciaux[d]	62,00	203,6
Remboursements par l'assurance-santé des frais de chirurgie bucco-dentaire[e]	—	14,2
Programmes de soins dentaires de l'assistance sociale[f]	37,00	55,5
Total		894,5 $

a. Les dépenses pour tous les programmes, sauf les régimes du secteur privé et le programme de chirurgie bucco-dentaire de l'assurance-santé, ont été calculées d'après le nombre de personnes admissibles figurant au tableau 8.1. Les chiffres relatifs aux régimes du secteur privé sont basés sur le nombre non ajusté des personnes admissibles indiqué à la section 7.8. Étant donné que tous les Canadiens ont droit aux soins de chirurgie bucco-dentaire en vertu de l'assurance-santé, les dépenses par personne admissible étaient de moins d'un dollar.
b. Année civile, du 1er janvier au 31 décembre 1981.
c. Année financière 1982-1983.
d. Année financière 1981-1982.
e. Année financière 1980-1981.
f. Année financière 1981-1982.

Dans la mesure où les régimes privés d'assurance dentaire collective, comme les programmes provinciaux de soins dentaires, affichent des taux d'utilisation supérieurs à 70 p. 100, on peut considérer les dépenses par personne admissible comme étant assez stables. En d'autres termes, si le taux d'utilisation s'élevait à 80 p. 100, niveau qui paraît raisonnable, les dépenses par personne admissible ne s'élèveraient que de 8 à 9 dollars. Ce n'est pas le cas pour les programmes de soins dentaires destinés aux assistés sociaux, ni pour les programmes fédéraux offerts aux Indiens et aux Inuit. Dans ces programmes, les taux d'utilisation sont faibles, probablement de 30 p. 100 ou moins, et une augmentation qui atteindrait seulement 60 p. 100 aurait sans doute pour effet de doubler les dépenses actuelles par personne admissible.

8.5.2 Substitution des dépenses ou expansion du marché

Une importante question se pose du point de vue de l'élaboration des politiques, celle de savoir si les dépenses des programmes de soins dentaires ne font que se substituer aux dépenses individuelles directes, ou si elles peuvent, en plus, amener une expansion du marché des services dentaires. On pourrait envisager deux types d'expansion. Premièrement, les personnes qui se faisaient soigner auparavant pourraient maintenant rechercher des services plus étendus et, partant, plus coûteux. Deuxièmement, les personnes qui, auparavant, se faisaient soigner peu fréquemment, pourraient devenir des utilisateurs plus réguliers parce qu'elles sont assurées par un programme de soins dentaires. Nos données ne nous permettent pas de procéder à une analyse technique poussée de cette

question. Néanmoins, lorsqu'on examine les données dont on dispose sur l'utilisation des services dentaires, on peut facilement admettre la possibilité que les programmes de soins dentaires aient encouragé davantage de personnes à se faire soigner.

Si l'on se fie aux données longitudinales fournies au sujet des programmes de soins dentaires pour enfants, on ne peut guère douter que l'augmentation de l'utilisation qui s'est manifestée entre 1974 et 1981 provenait, en grande partie, de la disponibilité de programmes de soins dentaires à paiement anticipé. Si l'on extrapole à la période antérieure les augmentations annuelles en pourcentage, il devient évident que les programmes de soins dentaires ont eu un effet considérable sur l'utilisation. Naturellement, d'autres facteurs, tels que l'augmentation du nombre des dentistes et l'élévation du niveau d'instruction du public, peuvent également avoir joué un rôle. Toutefois, il semble qu'on ait raison de penser que les programmes de soins dentaires ont amené beaucoup plus d'enfants à utiliser régulièrement les services dentaires.

D'autres données, bien qu'elles ne soient que transversales, proviennent des programmes de soins dentaires offerts aux membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada. Il semble extrêmement douteux que le personnel de ces organismes présenterait des taux d'utilisation de 82 p. 100 ou plus s'il n'avait pas accès à des programmes de services dentaires de grande portée. On peut également se demander si une proportion estimative de 30 p. 100 des assistés sociaux se seraient prévalus de 55 millions de dollars en soins dentaires en 1981 si les programmes de soins dentaires à paiement anticipé n'avaient pas existé*.

Comme on l'a laissé entendre, les programmes de soins dentaires à paiement anticipé entraînent probablement une augmentation des services sous une autre forme : celle qui correspond à des traitements plus étendus et habituellement plus coûteux. Si ce résultat a été critiqué, il faut cependant noter les points suivants. Premièrement, il est vrai que les services additionnels reçus peuvent représenter un traitement plus coûteux entrepris à la place d'un autre moins coûteux. Toutefois, il s'en faut que ce soit toujours le cas. Par exemple, le patient qui décide de se procurer un pont fixe pour remplacer une dent manquante, maintenant qu'il participe à un programme des soins dentaires, cherche à améliorer sa santé bucco-dentaire au lieu de remplacer seulement un type de traitement par un autre. La personne âgée qui, parce qu'elle est assurée par un programme de soins dentaires, se procure un nouveau dentier qu'elle n'avait pu se payer jusqu'alors, cherche également à améliorer sa santé buccale. En bref, lorsque les services dentaires ne coûtent rien parce qu'ils sont assurés par un programme de soins dentaires, il est probable qu'il y ait d'une part un effet de substitution de traitement en général indésirable, et d'autre part une augmentation de la consommation des traitements qui devrait avoir un effet positif sur la santé buccale**.

Qu'il s'agisse des programmes de soins dentaires du secteur public ou du secteur privé, le problème de la substitution indésirable de traitements n'a pas beaucoup d'importance au Canada. En ce qui concerne les programmes pour les enfants, qu'il s'agisse de programmes de services directs ou de services rémunérés à l'acte, il n'y a, de toute façon, guère de possibilités d'une telle substitution indésirable. Quant aux adultes, les preuves indirectes inférées dans la présente étude ne donnent pas à penser que le fait de remplacer des traitements moins coûteux par des formes de services plus coûteuses pose inévitablement un problème important. Par exemple, on peut remarquer que l'utilisation par personne des couronnes et des ponts est la même dans les Forces armées canadiennes et dans la Gendarmerie royale du Canada, bien que, dans le premier cas, les patients soient traités dans le cadre d'un programme de services directs alors que, dans le deuxième cas, les patients s'adressent, pour la majorité des traitements, à des dentistes privés rémunérés à l'acte (voir les tableaux 3.2 et 3.8). De même, un examen du tableau 7.14 ne fait entrevoir aucune valeur aberrante dans la répartition des indemnités des régimes privés d'assurance dentaire entre les diverses catégories de traitements.

Donc, dans l'ensemble, nous estimons que l'accroissement des dépenses en services dentaire dû à l'introduction des programmes de soins dentaires à paiement anticipé a produit un effet largement positif sur la santé buccale de la population assurée. Cela semble être vrai, que les régimes soient publics ou privés ou que les services soient du type direct ou qu'ils prévoient le remboursement des honoraires versés. En général, il ne semble pas qu'un type d'approche permette mieux qu'un autre de contrôler les coûts. Il semble que n'importe quel programme de soins dentaires bien conçu doive pouvoir surveiller l'utilisation des services dentaires et le profil des dépenses, en examinant les chiffres par patient et par dispensateur de soins. Presque tous les programmes canadiens sont désormais à même de le faire ou à peu près. Ces mécanismes étant en place, et avec la compréhension et la collaboration des patients et des dispensateurs de soins, on devrait généralement s'attendre à ce que les dépenses de services dentaires aient, dans l'ensemble, une évolution acceptable.

---

* Contrairement à l'assurance-maladie qui donne quelques signes d'abus des traitements, c'est loin d'être le cas pour l'assurance dentaire.

** Nous ne tenons pas compte des changements apportés à la qualité des soins par l'existence des programmes de soins dentaires à paiement anticipé, bien qu'une analyse complète tiendrait compte de ce facteur de qualité.

8.5.3 Dépenses du secteur privé et du secteur public

Deux remarques seulement s'imposent au sujet de la comparaison entre les dépenses du secteur privé et celles du secteur public. Premièrement, lorsqu'il s'agit du financement des programmes de soins dentaires, il arrive souvent que cette comparaison ne se fonde pas sur des données claires. Par exemple, il est courant d'entendre dire que les enfants de certaines provinces se font soigner gratuitement. Cette notion est évidemment fausse, comme on le voit d'après les chiffres sur les dépenses par personne admissible, au tableau 8.2. Tous les services dentaires doivent être payés et les montants déboursés paraissent raisonnablement voisins, que l'on recoure au secteur privé ou au secteur public. Cependant, comme on l'a signalé ailleurs, les programmes publics comptent souvent un plus grand nombre de participants.

Deuxièmement, bien qu'on ait décrit les critères inhérents à l'intervention du gouvernement dans les marchés des régimes privés d'assurance dentaire*, nos données montrent que ces critères ne tiennent pas suffisamment compte de certains éléments nouveaux concernant les programmes de soins dentaires au Canada. Les données font particulièrement ressortir deux considérations. L'une est que le secteur privé a fait preuve de plus d'initiative pour mettre sur pied et élargir des programmes de soins dentaires à paiement anticipé. Si l'on rejetait les régimes privés d'assurance dentaire en laissant entendre qu'ils ne réussissent pas à atteindre des objectifs d'équité, on priverait certainement de nombreux Canadiens de programmes de soins dentaires d'intérêt public.

On peut justement faire observer que l'expérience des programmes publics de soins dentaires au Canada n'indique en aucune manière qu'ils vont inévitablement satisfaire les critères mentionnés plus haut. En particulier, certains programmes publics ont limité de façon étonnamment arbitraire le nombre des personnes admissibles ou des traitements; ils ont ainsi, d'une façon ou d'une autre, privé le public de soins sur lesquels il en était venu à compter, puisqu'ils étaient financés par les impôts. Comme on l'a indiqué ailleurs dans le présent chapitre, cela est déjà arrivé dans trois provinces. Ces restrictions ont certes été imposées dans le but de réduire les dépenses, mais on peut observer qu'en aucun cas, les dépenses des programmes de soins dentaires n'avaient dépassé les budgets prévus. En fait, il ressort que dans la plupart des cas, les coûts des programmes de soins dentaires, en dollars constants, ont sensiblement diminué depuis 1974. En d'autres termes, si l'on se fonde sur l'expérience canadienne, la viabilité et l'intégrité des programmes de soins dentaires financés par l'État ne sont pas garanties, parce que les gouvernements n'ont pas poussé leur engagement assez loin vis-à-vis de ces programmes.

Également, les gens assurés par des programmes privés subissent la perte de services. Cela peut arriver parce que le groupe assuré décide collectivement qu'il ne désire plus de régime d'assurance dentaire, ou parce qu'une personne perd son emploi et, par suite, les avantages inhérents. Cependant, du moins dans le premier cas, il existe un élément de choix du consommateur, ce qui n'est pas aussi apparent avec les régimes publics si l'on excepte, peut-être, les choix qu'on peut exercer par le biais de l'urne électorale. De plus, lorsqu'un particulier cesse d'être admissible à un régime privé d'assurance dentaire collective, il n'a plus à verser de prime. Par contre, si les augmentations d'impôts pour financer les programmes publics de soins de santé sont familières à la plupart des gens, on n'a pas encore vu au Canada de réduction d'impôts pour compenser les compressions dans les programmes publics des soins dentaires.

Il existe tout de même des arguments puissants en faveur des programmes publics de soins dentaires; le plus remarquable porte sur leur caractère d'universalité (pour des groupes d'âge donnés) et sur le mécanisme relativement simple utilisé pour financer la mise en oeuvre de ces programmes. Les programmes publics d'assurance dentaire universelle permettent également d'éviter les problèmes d'ordre éthique et les dangers de choix arbitraires. À cause de ces caractéristiques, il apparaît très souhaitable d'élargir les programmes de soins dentaires pour les enfants financés par l'État. Cependant, la poursuite d'une telle stratégie n'aboutira à rien si les gouvernements continuent à être peu disposés à s'engager à conserver les programmes de soins dentaires une fois mis sur pied. C'est pour cette raison qu'il semble prudent de garder l'esprit ouvert quant aux mérites relatifs des régimes publics et privés d'assurance dentaire.

Pour résumer cette section, rappelons qu'en 1981, les programmes de soins dentaires au Canada représentaient 55 p. 100 du total estimatif des dépenses dentaires du pays. Les régimes privés d'assurance dentaire collective représentaient 63 p. 100 de toutes les dépenses des programmes de soins dentaires, alors que les programmes provinciaux de soins dentaires représentaient 23 p. 100 du total. Le coût par personne admissible était de 64 $ pour les régimes privés d'assurance dentaire collective et de 62 $ pour les régimes provinciaux, tandis que les pro-

---

* Par exemple, Evans et Williams énumèrent les critères suivants : 1) la réduction du risque financier résultant de la possibilité de maladie et du besoin de services; 2) le transfert des biens d'un groupe de la société à un autre; 3) le niveau et les caractéristiques d'utilisation des services de santé par des patients et des patients éventuels dans la société; 4) l'efficacité économique relative avec laquelle l'industrie des services de santé répond aux besoins sanitaires de la société, à la fois en offrant les services appropriés et en les produisant à un coût minimal[28].

grammes de soins dentaires totalement assumés par le gouvernement fédéral affichaient un coût plus élevé, soit 116 $. Les dépenses des programmes de soins dentaires paraissent avoir entraîné une certaine expansion du marché, ce qui constitue un effet généralement désirable. Finalement, les dépenses du secteur privé et du secteur public relatives aux services dentaires au Canada donnent à penser qu'il faudrait consacrer plus d'efforts au financement des soins dentaires pour les enfants dans le cadre de programmes publics, tout en encourageant la mise en oeuvre de régimes privés d'assurance dentaire collective pour les adultes au travail et les personnes à leur charge. Toutefois, les gouvernements devraient s'attacher à assurer la viabilité à long terme des programmes de soins dentaires, tandis que le secteur privé devrait élaborer des mécanismes lui permettant d'augmenter le nombre des bénéficiaires de l'assurance dentaire dans les régions les moins industrialisées du Canada.

8.6 Accessibilité des données

À diverses reprises, dans le cours de cette étude, il a été extraordinairement difficile d'obtenir des données sur le fonctionnement des divers programmes de soins dentaires. Dans presque aucun cas la difficulté n'était due au manque de collaboration de la part des personnes contactées; c'est plutôt que, souvent, les données de base cherchées n'étaient pas disponibles ou n'existaient pas sous la forme requise pour permettre de se prononcer sur le fonctionnement des programmes ou d'établir des comparaisons même très rudimentaires entre les résultats de ces programmes.

À l'heure actuelle, il semble que les programmes provinciaux de soins dentaires en Alberta, à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec et en Saskatchewan, dressent et publient les données statistiques les plus détaillées sur le fonctionnement des programmes. Pour ces provinces en particulier, on peut trouver de bonnes séries de données jusqu'en 1974, ou même plus anciennes. Le Manitoba améliore également sa base de données bien que des difficultés d'ordre administratif et le fait que les programmes ne soient pas universels, gênent la production de statistiques pertinentes. En général, les provinces restantes fournissent des données moins détaillées. Cela est en grande partie du fait que ces provinces mettent en oeuvre des programmes de traitements limités, souvent sur une base très décentralisée.

Lorsque les données statistiques sur les programmes provinciaux sont incomplètes, les lacunes les plus courantes portent sur les points suivants : absence de chiffres précis sur le nombre des personnes admissibles dans une année donnée, selon l'âge ou le sexe; manque de précision sur le nombre de personnes qui utilisent le programme de soins dentaires dans une année donnée; pas de dénombrement exact de divers types de traitements dentaires; enfin, absence de chiffres précis sur les dépenses totales des programmes ou sur les dépenses par catégorie de traitement. Ces lacunes font qu'il est difficile d'évaluer la gestion des programmes, ce qui est pourtant essentiel, si l'on tient compte des sommes en jeu chaque année.

Les programmes de soins dentaires du gouvernement fédéral présentent également des problèmes particuliers à propos des données. Les Forces armées canadiennes ont un système de collecte des données qui leur est propre et qui répond à leurs besoins. Or, ce système rend difficile l'extraction de certaines informations, et souvent il oblige à utiliser diverses hypothèses. De son côté, le ministère des Affaires des anciens combattants a récemment perfectionné son système de collecte des données, mais les données nécessaires au présent rapport ont été extraites de l'ancien système qui présente des lacunes évidentes. Par exemple, on n'a pu obtenir le nombre des utilisateurs distincts et, par conséquent, les estimations de l'utilisation sont approximatives. Le Service correctionnel accumule une quantité limitée d'informations sur le nombre des patients admissibles, mais il ne peut fournir le nombre précis des utilisateurs des services dentaires au sein du réseau des pénitenciers fédéraux. De plus, il n'existe aucun moyen de déterminer les quantités des divers types de services dentaires assurés dans les établissements pénitentiaires du Canada. Finalement, il n'y a pratiquement pas de données disponibles sur les divers aspects de l'utilisation des programmes de soins dentaires pour les Indiens et les Inuit. Il en résulte que la plupart des données statistiques relatives à ces programmes sont très approximatives. Trois des quatre programmes de soins dentaires assurés entièrement par le gouvernement fédéral avaient tous une caractéristique en commun : on ne pouvait obtenir de données exactes sur les dépenses pour aucun d'entre eux à l'exception des Forces armées canadiennes (voir le tableau 3.3), les seuls chiffres disponibles étant des estimations des budgets projetés. Non seulement le fait est surprenant, si l'on considère que le gouvernement fédéral dépense plus de 50 millions de dollars par année à cet égard, mais il montre également que le gouvernement fédéral porte moins d'intérêt aux données sur la gestion des programmes que plusieurs programmes provinciaux de soins dentaires moins importants. Ce qui est peut-être le plus frappant, c'est de constater que les responsables des quatre programmes de soins dentaires du gouvernement fédéral ne font aucun effort pour se consulter en vue d'uniformiser la collecte et la communication des données statistiques. Néanmoins, il serait bon de noter qu'à cause d'un engagement unique et différent face au client, chacun des programmes dentaires fédéraux a des objectifs et services différents, et que selon certains fonctionnaires fédéraux une meilleure consultation ne serait guère avantageuse.

Il est inquiétant de constater que les régimes d'assurance dentaire pour les assistés sociaux, étant donné leur envergure, ne font rien pour recueillir des données uniformes. On croit connaître en général le nombre moyen des personnes admissibles dans une année donnée, mais ce n'est pas toujours le cas. Le nombre d'utilisateurs et le nombre et les types de services obtenus sont même encore moins souvent consignés. La province de Québec constitue une exception remarquable sur ce point. En effet, le Québec a pris la décision de faire administrer le programme par la Régie de l'assurance-maladie, ce qui fait qu'on utilise essentiellement la même formule de demande de paiement, les mêmes types de codes pour les services et, pratiquement, les mêmes systèmes informatisés que pour l'important programme de soins dentaires pour les enfants.

Toutefois, le plus difficile a été d'obtenir des données sur les régimes privés d'assurance dentaire collective. Ici, le nombre et la diversité des assureurs, le degré de sophistication de leurs systèmes informatisés et, par dessus tout, les différents objectifs liées à la collecte des données rendent difficile l'obtention d'informations statistiques uniformes et détaillées. Le lecteur pourra s'en convaincre en observant les diverses tailles d'échantillons utilisés pour dresser les tableaux du chapitre 7. Sauf en ce qui concerne l'admissibilité, les primes recueillies et les indemnités versées, il n'existe pratiquement pas de données longitudinales qui permettraient d'avoir une idée du rendement des régimes privés d'assurance dentaire collective.

8.7 Recommandations

Participation aux programmes de soins dentaires

1. Afin de préserver les progrès accomplis au chapitre de la participation aux programmes de soins dentaires entre 1970 et 1981, et d'éviter l'érosion qui semble s'être manifestée depuis 1982, il est essentiel que les gouvernements fédéral et provinciaux s'engagent à favoriser l'expansion des programmes de soins dentaires.
2. Comme la prestation de services dentaires à paiement anticipé ne peut être étendue à toute la population, pour des raisons économiques dans un avenir proche ou prévisible, il faudrait formuler des politiques en vue d'encourager la mise sur pied de programmes de soins dentaires pour certaines populations cibles. Le choix des cibles devrait dépendre de facteurs tels que la résistance aux affections dentaires, l'accès aux services, l'importance donnée aux soins primaires et secondaires par rapport aux soins tertiaires, la justice sociale et la rentabilité.

3. Conformément à la recommandation 2, il faudrait étendre dans tout le Canada les programmes de soins dentaires complets et universels destinés aux enfants. Étant donné que seuls des programmes financés par l'État peuvent garantir le critère d'universalité, les gouvernements provinciaux devraient être particulièrement sensibilisés à la nécessité de ces programmes.

4. Étant donné la réussite des régimes privés d'assurance dentaire collective, auxquels participent un grand nombre de Canadiens, tous les efforts devraient être faits pour s'inspirer de ce modèle et mettre sur pied des régimes destinés aux régions les moins peuplées et les moins industrialisées au Canada. Pour accroître ainsi l'accessibilité des régimes d'assurance dentaire collective, il faudrait faire preuve de plus d'imagination pour définir des groupes admissibles et pour offrir des primes comparables à celles offertes aux groupes actuels d'employés-employeurs de dimensions importantes.

5. Il faudrait faire plus d'efforts pour mettre sur pied des programmes de soins dentaires complets à l'intention du nombre relativement limité de personnes présentant des besoins spéciaux : les handicapés physiques et mentaux, les personnes présentant une fissure labiale ou palatine, les orphelins, etc. Des programmes modèles de ce type fonctionnent déjà en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Ontario.

Services dentaires assurés

6. Lorsque les ressources des programmes de soins dentaires sont limitées, il faudrait prévoir avec plus de soin le type et la fréquence des services de prévention dispensés par le dentiste qui seront assurés. En général, il ne faudrait assurer que les services de prévention dont l'utilité est reconnue en termes de coût-avantage. Il faut s'attendre à ce que l'éventail des services de prévention couverts par un régime d'assurance dentaire varie selon les groupes, la vulnérabilité de chaque groupe aux affections dentaires étant très variable.

7. Lorsqu'il faut procéder à des compressions dans les programmes de soins dentaires, il faudrait s'attacher à maintenir les niveaux d'admissibilité et à éliminer les services de prévention les moins efficaces.

8. Les responsables des programmes de soins dentaires devraient examiner leurs politiques et surveiller périodiquement le rendement du programme en ce qui concerne les services de radiographie assurés.

9. Les groupes de consommateurs devraient être incités à mieux comprendre les caractéristiques des régimes d'assurance dentaire collective; ils devraient connaître, en particulier, les services pour lesquels il est utile ou non de s'assurer. Les ministères de la santé, l'Association dentaire canadienne et les associations de compagnies d'assurance pourraient avoir un rôle à jouer à cet égard.

10. Étant donné que les programmes de soins dentaires pour les assistés sociaux reçoivent une attention importante, et comme le financement de ces programmes est en partie assumé par le gouvernement fédéral, l'éventail des services dentaires assurés devrait s'appuyer sur un ensemble de principes que suivraient les provinces pour définir des niveaux acceptables en matière de soins. Par ailleurs, les programmes de soins dentaires pour les assistés sociaux ne devraient pas accorder la priorité aux extractions et aux prothèses aux dépens de formes de traitement plus appropriées.

Utilisation des programmes de soins dentaires

11. Étant donné le nombre des programmes de soins dentaires existant au Canada, et comme l'utilisation de ces programmes est fréquemment considérée comme une mesure de leur rendement, il faudrait réaliser des études pour déterminer quels facteurs doivent être pris en considération dans la définition de l'utilisation, et quels sont les objectifs à fixer en matière d'utilisation pour les divers programmes de soins dentaires.

12. Il faudrait entreprendre des études dans le but de déterminer et de mettre en oeuvre les moyens les plus appropriés pour accroître l'utilisation des services dentaires par les Indiens, les Inuit et les assistés sociaux au Canada.

13. Des recherches devraient être effectuées sur le problème des non-utilisateurs irréductibles au sein des populations admissibles aux programmes de soins dentaires. Il faudrait cerner les facteurs liés à la non-utilisation prolongée des programmes et élaborer des stratégies pour corriger la situation.

Dépenses au titre des programmes de soins dentaires

14. Les administrateurs des programmes de soins dentaires devraient s'efforcer de fixer des objectifs de dépenses clairs et réalistes afin de pouvoir évaluer le rendement et, si celui-ci est bon, de pouvoir maintenir la vitalité des programmes.

15. Dans toute la mesure du possible, il faudra examiner les dépenses au titre des programmes de soins dentaires en se référant aux dépenses des autres programmes de soins de santé, aux indices des prix à la consommation, au produit intérieur brut, etc.

16. En général, mais particulièrement dans le cas des programmes de soins dentaires à faible taux d'utilisation, les administrateurs de programmes de soins dentaires devraient chercher à adapter les budgets aux objectifs de rendement, plutôt que d'accepter passivement un rendement inférieur.

17. Il faudrait effectuer des études techniques appropriées pour déterminer l'effet des franchises, du copaiement des frais modérateurs et des bénéfices limités sur le rendement des programmes de soins dentaires, en particulier sous l'angle de la santé buccale.

18. Il faudrait effectuer des études techniques appropriées pour déterminer : a) la mesure dans laquelle les programmes de soins dentaires à paiement anticipé favorisent la substitution de traitements plus coûteux à des traitements acceptables mais moins coûteux; b) la mesure dans laquelle les programmes de soins dentaires à paiement anticipé entraînent une nette augmentation des soins pour les bénéficiaires du programme.

19. Il faudrait effectuer des études techniques appropriées pour évaluer avec quelle efficacité les diverses méthodes d'examen des demandes de paiement permettent de contrôler les dépenses des programmes et d'éviter les abus en matière de demandes de paiement.

20. Les analystes de politiques et les décideurs devraient adopter le principe de l'engagement à long terme comme l'un des critères pour légitimer l'intervention gouvernementale dans le domaine des régimes d'assurance dentaire à tiers payant. Ce principe est implicitement reconnu dans les programmes existants de services médicaux et d'éducation, mais il semble être absent dans le cas des services dentaires.

Accessibilité des données

21. Les administrateurs et le personnel des systèmes chargés d'administrer les programmes provinciaux de soins dentaires devraient exploiter les occasions qui leur sont offertes périodiquement pour se consulter en vue de perfectionner leurs systèmes de collecte et de traitement des données.

22. Les responsables de l'application des programmes de soins dentaires administrés par le gouvernement fédéral devraient être encouragés à se consulter en vue d'élaborer des systèmes de collecte des données qui répondent au moins à une quantité limitée de critères de base en matière d'information. Aucun des programmes fédéraux n'est complètement automatisé et c'est dès maintenant qu'il faut collaborer à la planification, avant d'être enfermé dans un système particulier.

23. Les provinces qui appliquent un système de rémunération à l'acte pour payer les dentistes qui soignent les assistés sociaux devraient envisager d'utiliser le mécanisme de traitement des demandes de paiement des régimes d'assurance-maladie ou des programmes publics de soins dentaires, ou encore tout autre dispositif qui garantisse la production de rapports statistiques annuels de haute qualité.

24. L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. devrait mettre sur pied un groupe de travail dont le mandat serait de rechercher les moyens d'obtenir des statistiques plus détaillées sur le rendement des programmes de soins dentaires, à l'échelle de l'industrie. Étant donné que les régimes privés d'assurance dentaire collective représentent plus de 550 millions de dollars, on devrait organiser, en priorité, des bases de données plus détaillées, vu qu'elles sont un prolongement naturel des systèmes informatisés utilisés dans le traitement des demandes de paiement.

8.8 Remarques finales

La présente étude visait à documenter et à analyser les programmes de soins dentaires au Canada. Par suite de cette analyse une série de recommandations ont été présentées, en fonction de deux objectifs principaux. Premièrement, il faut encourager la croissance continue des programmes de soins dentaires, car on croit que la mise en oeuvre de ces programmes améliore la santé dentaire. Deuxièmement, il faut encourager l'élaboration de meilleurs systèmes d'information, afin que les programmes de soins dentaires soient gérés de façon plus rationnelle et plus efficace, et qu'ils soient davantage axés sur des objectifs précis.

Nous n'avons pas cherché à abréger ce rapport puisque nous voulions exposer en détail les réalisations des divers programmes de soins dentaires au Canada. La longueur du document et la précision des détails fournis nous apparaissent donc comme des éléments positifs de l'étude. Toutefois, les lecteurs ne doivent pas oublier que la moitié seulement du marché des services dentaires au Canada emprunte la voie des programmes; l'autre moitié fait l'objet de transactions financières directes entre le patient et le dentiste, sans l'intervention d'un tiers payant. Le présent rapport n'a pas traité de cette seconde partie du marché.

Les lecteurs auraient peut-être souhaité avoir davantage de résumés comparant les données des programmes de soins dentaires des diverses provinces. Cette omission de notre part est délibérée puisqu'une condition tacite de la collaboration à notre étude de la part du personnel des programmes provinciaux de soins dentaires était l'assurance que le rapport ne serait pas orienté sur la comparaison des résultats des programmes provinciaux. En fait, la plupart des programmes provinciaux de soins dentaires ont bien fonctionné et des comparaisons judicieuses ne leur auraient pas nui. Les préoccupations soulevées au sujet des programmes provinciaux n'avaient pas trait, en général, à leur rendement comparatif, mais plutôt aux objectifs et au fonctionnement internes des programmes. Nous les avons signalées lorsqu'il y avait lieu.

Il est évident qu'il faudrait faire des analyses plus poussées basées sur des données longitudinales. Toutefois, il est difficile d'obtenir des bases de données qui répondent à ce besoin au Canada. Dans le cas des régimes privés d'assurance dentaire collective, ces données existent à peine, bien que ces régimes représentent dans leur ensemble l'élément le plus important de l'activité des programmes de soins dentaires. Les gouvernements provinciaux qui administrent des programmes de soins dentaires ont généralement des bases de données acceptables, mais ils se montrent peu enclins à les mettre à la disposition des chercheurs. Le gouvernement fédéral a démontré peu d'empressement à élaborer des bases de données informatisées pour ses programmes de soins dentaires, et il s'ensuit que les informations disponibles sont limitées, très approximatives et ne se prêtent pas du tout à des analyses longitudinales.

Pour terminer, il vaut la peine de souligner à nouveau les points exposés à la section 1.1 du présent rapport. Premièrement, les programmes de soins dentaires canadiens bien établis présentent probablement un plus large éventail de caractéristiques distinctes que dans la plupart des autres pays développés. Les Canadiens ont ainsi l'occasion d'expérimenter et d'évaluer les différentes méthodes de distribution des services dentaires, sans avoir à tenir compte de la confusion engendrée par les comparaisons entre pays. Les résultats publiés dans le présent rapport sont l'aboutissement d'un premier effort visant à exploiter cette opportunité. Deuxièmement, nos résultats font ressortir la croissance extraordinaire des programmes de soins dentaires au Canada au cours des années soixante-dix. Selon nos données, au 1er janvier 1982, les programmes de soins dentaires assuraient 54 p. 100 des Canadiens et représentaient un pourcentage analogue du total des dépenses dentaires au Canada. Enfin, s'il est vrai que les programmes de soins dentaires ont eu un effet positif sur l'utilisation de ces services, il ressort de nos résultats qu'un manque de clarté à propos des objectifs des programmes et la pression exercée par les restrictions économiques ont entraîné la prise de certaines décisions non productives, qui ont eu pour effet de diminuer le nombre des personnes admissibles aux programmes de soins dentaires. Si cette tendance se poursuivait, elle porterait un dur coup au système canadien de distribution des services dentaires. Nous espérons que la présente étude aidera au rétablissement d'orientations positives pour les programmes de soins dentaires.

RÉFÉRENCES

1. Le Clair, M. The Canadian Health Care System. Chapitre I dans National Health Insurance : Can We Learn from Canada? S. Andreopoulos ed., John Wiley & Sons, New York, 1975
2. Taylor, M. Health Insurance and Canadian Public Policy. McGill-Queen's University Press, Montréal, 1978.
3. Soderstrom, L. The Canadian Health System. Croom Helm, Londres, 1978.
4. Brown, M.C. The implications of established program finance for national health insurance. Analyse de politiques 6:521-532, 1980.
5. Carter, G. Financing health and post-secondary education : a new and complex fiscal arrangement. Canadian Tax Journal 25:534-550, 1977.
6. Gullett, D.W. A History of Dentistry in Canada. University of Toronto Press, Toronto, 1971.
7. Kostlan, J. Oral Health Services in Europe. WHO Regional Publications, European Series No. 5, Copenhague, 1979.
8. R.R. Nathan Assoc. Study of Dental Service Prepayment in The Private Sector. National Technical Information Service, Springfield, 1978.
9. L'Association dentaire canadienne. Dental Health of Canadians – A Perspective. Association dentaire canadienne, 1980.
10. Nutrition Canada. Rapport sur l'hygiène dentaire. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1977.
11. Alberta Health Care Insurance Commission. Highlights of The Extended Health Benefits Program : Costs and Utilization for The Years Ending June 30, 1975 and 1976. Alberta Health Care Insurance Commission, Edmonton, 1977.
12. Alberta Social Services and Community Health. Dental Services. Department of Social Services and Community Health, Edmonton, 1983.
13. Gray, A.S., Director, Division of Dental Health Services, British Columbia. Communication personnelle, 11 octobre 1983.
14. Children's Dental Health Research Project Report. Queen's Printer, Victoria, 1975.
15. Maritime Medical Care Inc. Children's Dental Plan, Four Year Statistical Review. Halifax, 1979.
16. Romcke, R.G. and Lewis, D.W. Use of expanded function dental hygienists in the Prince Edward Island dental manpower study. Journal de l'Association dentaire canadienne, 39:247-262, 1973.
17. Lewis, D.W. Performance of The Saskatchewan Dental Plan 1974-80 Regina, 1981.
18. Ambrose, E.R., Hord, A.B. and Simpson, W.J. A Quality Evaluation of Specific Dental Services Provided by The Saskatchewan Dental Plan Final Report. Regina, 1976.
19. Province of Saskatchewan. An Attitude Survey of Families Enrolled in The Saskatchewan Dental Plan. Regina, 1979.
20. The Wyatt Company. Group Insurance Study : Non-union Salaried Employees of The Private Sector in Canada. Toronto, 1982.
21. The Canada Labour Views Company Limited, CLU Reports (LVI 1573), Toronto, 1983.
22. Tillinghast, Nelson and Warren, Inc. Survey of Dental Plans. Toronto, 1983.
23. Canadian Life and Health Insurance Association. Dental Insurance in Canada, 1982. Toronto, sept. 1983.
24. Bureau de recherches sur les traitements, Commission des relations de travail dans la Fonction publique. Avantages sociaux et conditions de travail – Canada 1982. Ottawa, 1982.
25. Thorne, Stevenson and Kellogg. Employee Benefit Costs in Canada, 1982. Toronto, 1983.
26. Kelch, B. Self-insurance of Employer Health Benefits : Growth and Implications. Document présenté à la 110e réunion annuelle de l'American Public Health Association, 1982.
27. L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, inc. Survey of Health Insurance Benefits in Canada, 1981 and 1982. Toronto, 1983.
28. Evans, R.G. and Williamson, M.F. Extending Canadian Health Insurance : Options for Pharmacare and Denticare. Ontario Economic Council Research Studies; 13, Ontario Economic Council, Toronto, 1978.

APPENDICE I

Étude nationale sur l'assurance dentaire
– Instruments d'enquête

ÉTUDE NATIONALE SUR LES CONTRATS D'ASSURANCE DENTAIRE

J.W. Stamm, DDS, DDPH, MScD
M. Waller, BA, MA
Coordonnateurs du projet
Téléphone : (514) 392-3017

Nom de la compagnie : _____

Adresse : _____

_____

Formulaire rempli par : _____

Titre : _____

Téléphone : _____ Date : _____

_____

Nous vous demandons de remplir le questionnaire suivant ainsi que l'appendice distinct au fin d'une étude parrainer par Santé et Bien-être social Canada, sur les régimes d'assurance dentaire au Canada. Les questions couvrent la période du ler janvier au 31 décembre 1981. Veuillez remplir chaque point à l'espace réservé; ou s'il y a lieu ajouter des pages. Là où des nombres précis ne sont pas disponibles, une réponse approximative est préférable à aucune; toutefois, si vous donnez une estimation veuillez l'indiquer comme telle. Si certaines questions vous apportent des ennuis ou ne sont pas précises veuillez communiquer avec un des coordonnateurs du projet en composant (514) 392-3017.

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli dans l'enveloppe-retour affranchie à M. M. Waller, Faculté de médecine dentaire, Université McGill, 3640, rue University, pièce M/34, Montréal (Québec) H3A 2B2.

1. Au 31 décembre 1981, combien de personnes étaient assurées par des régimes d'assurance dentaire offerts par votre compagnie? (Veuillez inclure les personnes assurées au titre de "services administratifs uniquement" et celles couvertes par des dispositions de réassurance en "excédent de sinistre").

Employés _____

Personnes à charge _____

Nombre de personnes assurées _____

2. Veuillez fournir une ventilation selon l'âge et le sexe des employés assurés en vertu des contrats en vigueur le 31 décembre 1981. Si une ventilation selon l'âge existe, veuillez l'ajouter, sinon remplissez les colonnes suivantes.

	Employés		
	Hommes	Femmes	Total
19 et moins	_____	_____	_____
20 à 29	_____	_____	_____
30 à 39	_____	_____	_____
40 à 49	_____	_____	_____
50 à 59	_____	_____	_____
60 à 69	_____	_____	_____
70 +	_____	_____	_____
Tous les âges	_____	_____	_____

3. Veuillez fournir une ventilation selon les groupes de professions des employés assurés :

Nombre d'employés

Salariés _____

Employés rémunérés à l'heure _____

Employés retraités _____

4. Combien de contrats couvrent des groupes comprenant le nombre d'employés suivants (à l'exclusion des personnes à charge) :

Taille du groupe	**Nombre de contrats**
Moins de 5	_____
5 – 24	_____
25 – 49	_____
50 – 99	_____
100 – 249	_____
250 – 499	_____
500 – 999	_____
1000 – 4999	_____
5000 +	_____

5. Les soins dentaires garantis par la plupart des contrats peuvent être classés en neuf catégories générales de soins. Combien de contrats offerts par votre compagnie au 31 décembre 1981 couvrent en totalité ou en partie le coût des soins rentrant dans les catégories suivantes :

Traitement	Code de procédure de l'A.D.C.	Nombre de contrats
Diagnostic	01000 – 09999	_____
Prévention	10000 – 19999	_____
Restauration	20000 – 29999	_____
Traitement de la pulpe dentaire	30000 – 39999	_____
Parodontologie	40000 – 49999	_____
Prothèses : amovibles	50000 – 59999	_____
fixes	60000 – 69999	_____
Chirurgie bucco-dentaire	70000 – 79999	_____
Orthodontie	80000 – 89999	_____

6. Dans quel pourcentage des contrats, la protection se maintient-elle à la retraite ou, dans le cas des veuves et des personnes à charge, après le décès de l'employé?

Couverture	Nombre de contrats
totale	_____
partielle	_____

7. Combien de contrats n'ont aucune disposition relative à la répartition des frais (ni couverture partielle, ni franchise, ni prestations maximales)?

_____

8. Dans combien de contrats les honoraires d'examens de routine et de soins préventifs sont-ils exempts de la franchise?

_____

9.a. Votre compagnie offre-t-elle des régimes prévoyant des réductions de primes ou une couverture accrue si l'assuré a une bonne hygiène dentaire (par exemple, visites régulières de prévention et d'entretien), comme les compagnies d'assurance sur la vie en offrent aux non-fumeurs?

Non _____

Oui _____

9.b. Si votre compagnie offrait en 1981 de tels régimes, veuillez indiquer combien de régimes comprennent chacune des dispositions d'encouragement suivantes.

Disposition d'encouragement	Nombre de contrats
Réduction de primes – Groupe	_____
Réduction de primes – Individu	_____
Encouragement ou taux accru de participation aux frais, par exemple, taux de participation croissant (de 60 à 80 p. 100) si l'assuré s'est soumis à des examens réguliers au cours de l'année précédente	_____

Prestations maximales ascendantes par exemple, prestations maximales élevées chaque année (de 200$ à 300$, à 500$) pourvu qu'un seul membre de la famille ait eu un rendez-vous chez le dentiste l'année précédente _____

Autre (veuillez préciser) _____

_____

10. Dans combien de cas le contrat exige-t-il que les coûts excédant un certain montant soient préalablement autorisés par l'assureur avant d'être engagés?

Autorisation préalable	**Nombre de contrats**
100 $	_____
125 $	_____
300 $	_____
500 $	_____
Aucune autorisation préalable	_____
Autre (préciser)	_____
_____	
_____	

11. Dans combien de contrats les prestations sont-elles établies à partir des tarifs suivants?

Tarifs	**Nombre de contrats**
Tarifs ordinaires et courants de dentiste	_____
Tarifs courants de l'Association dentaire provinciale en 1981	_____
Tarifs fixes (tableau d'honoraires ou tarifs d'une association provinciale s'appliquant à une autre année)	_____
Autre (préciser)	
_____	_____
_____	_____

12. Lesquelles des méthodes suivantes votre compagnie utilise-t-elle pour étudier les demandes de règlement? Veuillez les classer (de 1 à 6) selon l'ordre de leur fréquence d'utilisation.

Étude de règlement	**Fréquence**
A. Détermination préalable des prestations	_____
B. Examen des radiographies après traitement	_____
C. Examen des demandes de règlement dépassant un certain montant par un dentiste, un hygiéniste dentaire ou une assistante dentaire certifiée	_____
D. Attestation du respect des dispositions du régime de soins	_____
E. Profil du praticien traitant – vérification des tarifs ou étude des demandes de règlement antérieures	_____
F. Examen du patient	_____

13. Quel a été le montant total des prestations versées au cours de l'année se terminant le 31 décembre 1981?

_____

14. Dans quelle proportion ces prestations ont-elles été versées directement au dentiste?

_____

15. Pour l'ensemble des contrats, quel a été le total des prestations versées pendant l'année se terminant le 31 décembre 1981?

$_____,00

16. Veuillez indiquer le montant des prestations versées par type de service.

Catégorie de soins	**Code de procédure de l'A.D.C.**	**Prestations versées $**
Diagnostic : examen et consultation	01110 – 01400	_____,00
Radiographies	02100 – 02930	_____,00
Soins préventifs	10000 – 19999	_____,00
Restauration	20000 – 29999	_____,00
Traitement de la pulpe dentaire	30000 – 39999	_____,00
Parodontologie	40000 – 49999	_____,00
Prothèses, amovibles	50000 – 59999	_____,00
Prothèses, fixes	60000 – 69999	_____,00
Chirurgie bucco-dentaire	70000 – 79999	_____,00
Orthodontie	80000 – 89999	_____,00
Autre		_____,00

17. Combien de personnes ont présenté des demandes de règlement (pour au moins un type de soins) au cours de l'année se terminant le 31 décembre 1981?

Employés _____

Personnes à charge _____

Total _____

18. Pour l'ensemble des contrats, quel a été le montant total des primes reçues pendant l'année se terminant le 31 décembre 1981?

_____,00$

19. À combien estimez-vous les frais administratifs découlant de tous les contrats d'assurance de soins dentaires, en termes de pourcentage des primes reçues?

_____ p. 100

20. Votre compagnie au 31 décembre 1981, offrait-elle des contrats ne prévoyant que des services de gestion (sans aucun élément d'assurance) relativement à certains régimes d'assurance dentaire?

Non _____ Sinon, reportez-vous à la question 21.
Oui _____ Le cas échéant, combien de contrats? _____

Combien de personnes sont assurées en vertu de contrats de ce type?

Employés _____

Personnes à charge _____

Total _____

21. Votre compagnie au 31 décembre 1981, offrait-elle des contrats dont la gestion est assurée par une tierce partie?

Non _____ Sinon reportez-vous à la question 22.
Oui _____ Le cas échéant, combien de contrats? _____

Combien de personnes sont couvertes en vertu de contrats de ce type?

Employés _____
Personnes à charge _____
Total _____

22. Votre compagnie au 31 décembre 1981, offrait-elle des contrats de réassurance en "excédent de sinistre"?

Non _____
Oui _____ Le cas échéant, combien de contrats? _____

Combien de personnes sont assurées par des contrats de ce type?

Employés _____
Personnes à charge _____
Total _____

Veuillez retourner le questionnaire à l'adresse suivante :

M. Waller
Faculté de chirurgie dentaire
Université McGill
3640, rue University
Pièce M/34
Montréal (Québec)
H3A 2B2

Le caractère confidentiel des renseignements fournis dans le présent questionnaire sera rigoureusement respecté, de même que l'identité des répondants. Les données serviront à des fins statistiques et ne seront publiées que sous forme de tableaux.

ÉTUDE NATIONALE SUR LES CONTRATS D'ASSURANCE DENTAIRE

J.W. Stamm, DDS, DDPH, MScD
M. Waller, BA, MA
Coordonnateurs du projet
Téléphone : (514) 392-3017

Inventaire des dispositions de répartition des frais et des conditions de limitation de garantie

La présente section a pour but de déterminer avec quelle fréquence les diverses dispositions de répartition des frais et de limitation de garantie s'appliquent à neuf catégories spécifiques de soins dentaires. Veuillez indiquer combien de vos contrats, en vigueur au 31 décembre 1981, sont assortis de franchises, de taux de participation aux frais et d'un plafond de prestations familiales annuelles, ayant un effet sur les prestations versées pour les soins dentaires de chacune des catégories indiquées dans les pages suivantes. (Il se peut que certaines de ces catégories de soins dentaires soient couvertes en vertu de dispositions de partage des frais et de limitation de garantie, par exemple lorsqu'il s'agit de chirurgie bucco-dentaire et de soins de restauration ou de prévention de base et de diagnostic. Dans de tels cas, les réponses fournies sous les deux catégories de soins auxquelles s'appliquent ces caractéristiques devraient être les mêmes.)

Nom de la compagnie : _____

Adresse : _____

Formulaire rempli par : _____

Titre : _____

Téléphone : _____ Date : _____

1. Diagnostic (Code de procédure de l'A.D.C. 01000-09999)

A)

Franchise	**Nombre de régimes assortis d'une franchise individuelle de**	**Nombre de régimes assortis d'une franchise familiale de**
Néant	_____	_____
25 $	_____	_____
50 $	_____	_____
100 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

B)

Taux de participation aux frais	**Nombre de régimes**
100 p. 100	_____
90 p. 100	_____

85 p. 100 _____

80 p. 100 _____

75 p. 100 _____

70 p. 100 _____

60 p. 100 _____

50 p. 100 _____

Autre (préciser)

p. 100 _____

p. 100 _____

C)

Prestations maximales	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales annuelles* de**	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales absolues**
Néant	_____	_____
500 $ ou moins	_____	_____
750 $	_____	_____
1000 $	_____	_____
1500 $	_____	_____
Plus de 2000 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

2. Prévention (code de procédure de l'A.D.C. – 10000 – 19999)

A)

Franchise	**Nombre de régimes assortis d'une franchise individuelle de**	**Nombre de régimes assortis d'une franchise familiale de**
Néant	_____	_____
25 $	_____	_____
50 $	_____	_____
100 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

*Toutes les prestations maximales s'entendent par famille.

B) Taux de participation aux frais | **Nombre de régimes**

100 p. 100	_____
90 p. 100	_____
85 p. 100	_____
80 p. 100	_____
75 p. 100	_____
70 p. 100	_____
60 p.100	_____
50 p. 100	_____
Autre (préciser)	
p. 100	_____
p. 100	_____

C)

Prestations maximales	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales annuelles* de**	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales absolues**
Néant	_____	_____
500 $ ou moins	_____	_____
750 $	_____	_____
1000 $	_____	_____
1500 $	_____	_____
Plus de 2000 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

3. Restauration (Code de procédure de l'A.D.C. – 20000 – 29999)

A)

Franchise	**Nombre de régimes assortis d'une franchise individuelle de**	**Nombre de régimes assortis d'une franchise familiale de**
Néant	_____	_____
25 $	_____	_____

*Toutes les prestations maximales s'entendent par famille.

50 $	_____	_____
100 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

B)

Taux de participation aux frais	**Nombre de régimes**
100 p. 100	_____
90 p. 100	_____
85 p. 100	_____
80 p. 100	_____
75 p. 100	_____
70 p. 100	_____
60 p. 100	_____
50 p. 100	_____
Autre (préciser)	
p. 100	_____
p. 100	_____

C)

Prestations maximales	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales annuelles* de**	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales absolues**
Néant	_____	_____
500 $ ou moins	_____	_____
750 $	_____	_____
1000 $	_____	_____
1500 $	_____	_____
Plus de 2000 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

*Toutes les prestations maximales s'entendent par famille.

4. Traitement de la pulpe dentaire (Code de procédure de l'A.D.C. – 30000 – 39999)

A)

Franchise	**Nombre de régimes assortis d'une franchise individuelle de**	**Nombre de régimes assortis d'une franchise familiale de**
Néant	_____	_____
25 $	_____	_____
50 $	_____	_____
100 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

B)

Taux de participation aux frais	**Nombre de régimes**
100 p. 100	_____
90 p. 100	_____
85 p. 100	_____
80 p. 100	_____
75 p. 100	_____
70 p. 100	_____
60 p. 100	_____
50 p. 100	_____
Autre (préciser)	
p. 100	_____
p. 100	_____

C)

Prestations maximales	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales annuelles* de**	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales absolues**
Néant	_____	_____
500 $ ou moins	_____	_____
750 $	_____	_____

*Toutes les prestations maximales s'entendent par famille.

1000 $	_____	_____
1500 $	_____	_____
Plus de 2000 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

5. Parodontologie (Code de procédure de l'A.D.C. – 40000 – 49999)

A)

Franchise	**Nombre de régimes assortis d'une franchise individuelle de**	**Nombre de régimes assortis d'une franchise familiale de**
Néant	_____	_____
25 $	_____	_____
50 $	_____	_____
100 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

B)

Taux de participation aux frais	**Nombre de régimes**
100 p. 100	_____
90 p. 100	_____
85 p. 100	_____
80 p. 100	_____
75 p. 100	_____
70 p. 100	_____
60 p. 100	_____
50 p. 100	_____
Autre (préciser)	
p. 100	_____
p. 100	_____

C)

Prestations maximales	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales annuelles* de**	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales absolues**
Néant	_____	_____
500 $ ou moins	_____	_____
750 $	_____	_____
1000 $	_____	_____
1500 $	_____	_____
Plus de 2000 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

6. Prothèses, amovibles (Code de procédure de l'A.D.C. – 50000 – 59999)

A)

Franchise	**Nombre de régimes assortis d'une franchise individuelle de**	**Nombre de régimes assortis d'une franchise familiale de**
Néant	_____	_____
25 $	_____	_____
50 $	_____	_____
100 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

B)

Taux de participation aux frais	**Nombre de régimes**
100 p. 100	_____
90 p. 100	_____
85 p. 100	_____
80 p. 100	_____
75 p. 100	_____

*Toutes les prestations maximales s'entendent par famille.

70 p. 100 _____

60 p. 100 _____

50 p. 100 _____

Autre (préciser)

p. 100 _____

p. 100 _____

C)

Prestations maximales	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales annuelles* de**	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales absolues**
Néant	_____	_____
500 $ ou moins	_____	_____
750 $	_____	_____
1000 $	_____	_____
1500 $	_____	_____
Plus de 2000 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

7. Prothèses, fixes** (Code de procédure de l'A.D.C. – 60000 – 69999)

A)

Franchise	**Nombre de régimes assortis d'une franchise individuelle de**	**Nombre de régimes assortis d'une franchise familiale de**
Néant	_____	_____
25 $	_____	_____
50 $	_____	_____
100 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

*Toutes les prestations maximales s'entendent par famille.

**Désigne uniquement le remplacement d'au moins une dent manquante.

B)

Taux de participation aux frais	**Nombre de régimes**
100 p. 100	_____
90 p. 100	_____
85 p. 100	_____
80 p. 100	_____
75 p. 100	_____
70 p. 100	_____
60 p. 100	
50 p. 100	_____
Autre (préciser)	_____
p. 100	
p. 100	

C)

Prestations maximales	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales annuelles* de**	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales absolues**
Néant	_____	_____
500 $ ou moins	_____	_____
750 $	_____	_____
1000 $	_____	_____
1500 $	_____	_____
Plus de 2000 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

8. Chirurgie bucco-dentaire (Code de procédure de l'A.D.C. – 70000 – 79999)

A)

Franchise	**Nombre de régimes assortis d'une franchise individuelle de**	**Nombre de régimes assortis d'une franchise familiale de**
Néant	_____	_____
25 $	_____	_____

*Toutes les prestations maximales s'entendent par famille.

50 $	_____	_____
100 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

B)

Taux de participation aux frais	**Nombre de régimes**
100 p. 100	_____
90 p. 100	_____
85 p. 100	_____
80 p. 100	_____
75 p. 100	_____
70 p. 100	_____
60 p. 100	_____
50 p. 100	_____
Autre (préciser)	
p. 100	_____
p. 100	_____

C)

Prestations maximales	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales annuelles* de**	**Nombre de régimes comportant des prestations maximales absolues**
Néant	_____	_____
500 $ ou moins	_____	_____
750 $	_____	_____
1000 $	_____	_____
1500 $	_____	_____
Plus de 2000 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

*Toutes les prestations maximales s'entendent par famille.

9. Orthodontie (Code de procédure de l'A.D.C. – 80000 – 89999)

A)

Franchise	**Nombre de régimes assortis d'une franchise individuelle de**	**Nombre de régimes assortis d'une franchise familiale de**
Néant	_____	_____
25 $	_____	_____
50 $	_____	_____
100 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

B)

Taux de participation aux frais	**Nombre de régimes**
100 p. 100	_____
90 p. 100	_____
85 p. 100	_____
80 p. 100	_____
75 p. 100	_____
70 p. 100	_____
60 p. 100	_____
50 p. 100	_____
Autre (préciser)	
p. 100	_____
p. 100	_____

C)

Prestations maximales	Nombre de régimes comportant des prestations maximales annuelles* de	Nombre de régimes comportant des prestations maximales absolues
Néant	_____	_____
500 $ ou moins	_____	_____
750 $	_____	_____
1000 $	_____	_____
1500 $	_____	_____
Plus de 2000 $	_____	_____
Autre (préciser)		
$	_____	_____
$	_____	_____

*Toutes les prestations maximales s'entendent par famille.

Veuillez retourner le questionnaire à :

M. Waller
Faculté de chirurgie dentaire
Université McGill
3640, rue University
Pièce M/34
Montréal (Québec)
H3A 2B2

APPENDICE II

Guide de collecte des données
Programmes du secteur public

Guide de collecte des données

PROGRAMMES DENTAIRES PROVINCIAUX

Province: _____

Titre du programme: _____

Date d'inauguration: _____

Nom du répondant: _____

Titre: _____

Téléphone: _____ Date: _____

Instructions à l'intention de l'interviewer – Demandez les titres de tous les programmes de services dentaires offerts dans la province. Pour chaque programme (par exemple, hygiène dentaire des enfants, fissures labiales et palatines, etc.) recueillez toutes les données précisées dans le guide. Les questions s'appliquent à l'année financière ou de fonctionnement complète la plus récente. On pourra trouver les réponses à la plupart des questions dans des documents publics. Ainsi, pour chaque programme, vous devrez obtenir les documents suivants :

Manuel du praticien ou barème des honoraires
Rapport annuel
Brochures d'informations publiques

1. a) Quels sont les critères d'admissibilité de ce programme?

_____

_____

_____

b) A-t-on apporté des changements aux critères d'admissibilité au cours de l'année 1981? (Donnez la date des changements, le cas échéant.)

Non _____

Oui _____ Dans l'affirmative, donnez des précisions.

_____

_____

_____

2. a) Quels sont les services dentaires prévus par ce programme? Indiquez les fréquences maximales lorsqu'elles sont précisées. (Remarque – Cette information pourrait se trouver dans le manuel du praticien ou le barème d'honoraires publié à l'intention des praticiens participants.)

_____

_____

_____

b) Des changements ont-ils été apportés à la liste des interventions au cours de l'année 1981? (Donnez la date des changements, le cas échéant.)

Non _____

Oui _____ Dans l'affirmative, donnez des précisions.

3. Dans les instructions fournies aux dentistes et aux bénéficiaires, quels sont les services explicitement exclus du programme?

_____

_____

_____

4. Quels sont les services offerts?

Cadre	Proportion des services
Cabinets dentaires privés	_____
Centres de santé communautaire	_____
Cliniques implantées dans les écoles	_____
(avec installations fixes ou portatives)	_____
Cliniques mobiles	_____
Hôpitaux	_____
Autre (préciser)	_____

5. En 1981, quel était le nombre et la qualification des dispensateurs de services?

Dispensateur de services	Nombre de participants au programme
Dentiste	_____
Hygiéniste dentaire à fonctions élargies	_____
Hygiéniste dentaire	_____
Infirmière	_____
Assistante dentaire	_____
Mécanicien-dentiste	_____

6. Pour chaque type de dispensateur de services, quel est le pourcentage de ceux qui sont salariés et de ceux qui sont rémunérés à l'acte?

Dispensateur de services	Pourcentage	
	Salariés	Rémunérés à l'acte
Dentiste	_____	_____
Hygiéniste dentaire aux fonctions élargies	_____	_____
Hygiéniste dentaire	_____	_____
Infirmière	_____	_____
Assistante dentaire	_____	_____
Mécanicien-dentiste	_____	_____

7. Nombre de personnes admissibles aux services dentaires en 1981 par âge*, sexe et région. (Remarque – On pourra facilement se procurer ces renseignements en consultant la partie du rapport annuel du programme qui porte sur les services dentaires.)

_____

_____

_____

8. Nombre de personnes ayant utilisé les services dentaires en 1981 par âge*, sexe et région. (Voir le rapport annuel.)

_____

_____

_____

9. Nombre d'interventions dentaires par utilisateur, selon le type de service et les caractéristiques démographiques des utilisateurs (tableau croisé).

Catégories de service :

Diagnostic	
Examen et consultation	_____
Radiographies	_____
Prévention	_____
Restauration, dents temporaires	_____
Restauration, dents permanentes	_____
Endodontie	_____
Prothèses amovibles	_____
Prothèses fixes	_____
Chirurgie buccale, dents temporaires	_____
Chirurgie buccale, dents permanentes	_____

* Précisez l'âge année par année, dans la mesure du possible. Même si des groupes d'âge sont indiqués dans les rapports annuels, consultez les études internes où l'âge pourrait être ventilé par année ou, au besoin, demandez à consulter les données brutes.

Orthodontie _____

Autre _____

Catégories démographiques : Âge* _____

Sexe _____

Région (par ex. urbaine/rurale) _____

10. Nombre de personnes qui ont reçu des "services complets" (conformément aux normes du programme) par âge*, sexe et région, en 1981.

_____

_____

_____

11. Dépenses totales au titre des services dentaires pour 1981. (Voir le rapport annuel.)

_____

_____

_____

12. Répartition des dépenses en 1981 par utilisateur, selon le type de service et les caractéristiques de l'utilisateur. (Voir le rapport annuel.)

Catégories de service : Diagnostic

Examen et consultation _____

Radiographies _____

Prévention _____

Restauration, dents temporaires _____

Restauration, dents permanentes _____

Endodontie _____

Prothèses amovibles _____

Prothèses fixes _____

Chirurgie buccale, dents temporaires _____

Chirurgie buccale, dents permanentes _____

Orthodontie _____

Autre _____

* Précisez l'âge année par année, dans la mesure du possible. Même si des groupes d'âge sont indiqués dans les rapports annuels, consultez les études internes où l'âge pourrait être ventilé par année ou, au besoin, demandez à consulter les données brutes.

Catégories démographiques : Âge* _____

Sexe _____

Région (par ex. urbaine/rurale) _____

13. Frais administratifs pour 1981. (Voir le rapport annuel.)

_____

_____

_____

14. Coût total annuel du programme pour 1981, y compris les dépenses au titre des services dentaires, des frais administratifs, des coûts d'immobilisations, de la recherche, etc. (Voir le rapport annuel.)

_____

_____

_____

15. Décrire en détail les sources de revenu du programme.

_____

_____

_____

_____

16. Décrire en détail les frais modérateurs ou autres frais à payer par les utilisateurs.

_____

_____

_____

* Précisez l'âge année par année, dans la mesure du possible. Même si des groupes d'âge sont indiqués dans les rapports annuels, consultez les études internes où l'âge pourrait être ventilé par année ou, au besoin, demandez à consulter les données brutes.

17. Décrire les changements que le répondant désire voir apporter au programme, ou auxquels il s'attend, en ce qui concerne, par exemple:

a. les critères d'admissibilité _____

b. les traitements assurés _____

c. la méthode de prestation des services _____

d. les sources de revenu _____

e. les frais modérateurs _____

f. autre. _____

18. Demandez les documents internes qui traitent de la planification, de la raison d'être et de la structure du programme, et les études internes sur l'utilisation et le coût du programme.

APPENDICE III

Régime d'assurance dentaire des travailleurs du métal en feuilles 1966

Réimprimé avec la permission de la *Credit Unions & Cooperatives Health Services Society*
Vancouver (Colombie-Britannique)

Ce régime d'assurance dentaire est offert à la suite d'une entente entre les administrateurs du programme d'avantages sociaux de l'Association internationale des travailleurs du métal en feuilles et la *CU & C Health Services Society*. La CU & C a conclu un accord avec l'Association des services dentaires de la Colombie-Britannique en vue d'offrir des programmes de soins dentaires.

Mettez-vous en rapport avec votre bureau des avantages sociaux pour obtenir des renseignements sur l'admissibilité. Pour obtenir des informations sur les services offerts par le programme, adressez-vous à votre dentiste ou à votre bureau des avantages sociaux, au 210-307 West Broadway, Vancouver 10, C.-B., téléphone 876-9626, ou à la CU & C, bureau 21, 96 East Broadway, Vancouver 10, C.-B., téléphone 879-5711.

QUI A DROIT AUX INDEMNITÉS

1) Toute personne ayant droit aux autres avantages sociaux offerts par le régime d'avantages sociaux de base au 1er juillet 1966 a droit aux bénéfices du régime d'assurance dentaire.
2) Les futurs employés qui travaillent dans un atelier couvert par la convention de section locale 280 ou 280A contenant la clause du régime d'avantages sociaux de base et qui sont admissibles aux autres avantages sociaux offerts par le régime.

Pour être admissible, le syndiqué doit travailler 300 heures au cours d'une période consécutive de six mois.

Une fois admissible, il peut conserver ses droits aux bénéfices en travaillant 150 heures chaque mois, par la suite. Si le nombre d'heures de travail n'est pas suffisant, l'employé peut faire des versements en espèces à l'administrateur pour compenser les sommes manquantes, le cas échéant.

Les employeurs participants et leurs autres employés peuvent devenir des membres associés en versant des primes pour deux mois d'assurance et en versant leurs primes chaque mois par la suite.

QUELLES SONT LES PERSONNES À CHARGE COUVERTES?

Sont admissibles les mêmes personnes à charge que pour votre assurance médicale et chirurgicale.

QUAND LE BÉNÉFICIAIRE CESSE-T-IL D'ÊTRE ASSURÉ?

Votre assurance cesse le dernier jour du mois au cours duquel se terminent vos autres avantages sociaux. Vos avantages sociaux prennent fin dans les cas suivants :

1) Si vous n'avez pas travaillé durant un nombre d'heures suffisant chaque mois pour maintenir vos droits aux bénéfices et si vous n'avez pas versé des contributions compensatoires.
2) Si vous cessez d'appartenir au syndicat, que la décision soit prise par vous ou par le syndicat.
3) Si le régime est abrogé.

REMARQUE – Pour de plus amples renseignements sur la cessation de l'assurance, veuillez lire la brochure de l'Association internationale des travailleurs du métal en feuilles sur les avantages sociaux.

COMMENT UTILISER VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE

Rendez visite à un dentiste de votre choix. Lors de votre premier rendez-vous, faites-lui savoir que vous êtes bénéficiaire du régime d'assurance dentaire des travailleurs du métal en feuilles.

Le dentiste vous fera passer un examen et présentera un plan de traitement à la *C.U. & C. Health Services Society* pour approbation et vérification de votre admissibilité.

Il est important que vous discutiez avec votre dentiste, avant de commencer le traitement, du montant total de ses honoraires et de la part que vous devrez payer.

PRESTATIONS

Vous-même et les personnes à charge que vous avez inscrites aurez droit au remboursement de cinquante pour cent (50 p. 100) des honoraires convenus pour les services suivants :

DIAGNOSTIC

Toutes les interventions nécessaires pour aider le dentiste à évaluer votre état dentaire et les traitements requis. Ces services comprennent :

a) les examens et les consultations;
b) les radiographies et les rapports de laboratoire demandés par le dentiste traitant;
c) une radiographie complète de la cavité buccale, au maximum une fois tous les trente-six mois;
d) d'autres aides diagnostiques que le dentiste estime nécessaire.

SERVICES DE PRÉVENTION

a) Prophylaxie (détartrage et nettoyage des dents et polissage), au maximum deux fois par année.
b) Applications topiques de fluorure (application d'une solution fluorurée aux couronnes des dents comme mesure de prévention), au maximum une fois dans toute période consécutive de douze mois.
c) Dispositifs de maintien d'espace : lorsqu'ils sont posés pour maintenir l'espace et non aux fins de traitement orthodontique (redressement des dents).

CHIRURGIE BUCCALE

Extractions et autres actes de chirurgie buccale, y compris les soins préopératoires et postopératoires.

SERVICES DE RESTAURATION

Toutes les interventions nécessaires pour restaurer la fonction normale des dents naturelles, notamment les restaurations employant l'amalgame, le silicate, le plastique, la porcelaine synthétique et l'or, sous réserve des restrictions suivantes : l'or ne sera remboursé que si aucun autre matériau ne peut suffire à restaurer le contact et le contour de la dent. Les couronnes ne sont incluses que si un matériau d'obturation ne peut être utilisé adéquatement dans les circonstances. La surface d'une dent n'est comptée qu'une seule fois quel que soit le nombre des restaurations effectuées à la surface ou à l'intérieur de la dent.

ENDODONTIE

(Traitement des affections de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires) Interventions nécessaires pour le traitement des dents dont la pulpe est atteinte, y compris les dents non vitales.

PARODONTOLOGIE

(Traitement des affections des tissus de soutien des dents) Interventions nécessaires pour le traitement des affections du tissu mou et de l'os entourant et soutenant la dent.

PROTHÈSES

(Remplacement des dents perdues par des dents artificielles) Les prothèses comprennent les ponts, les prothèses partielles amovibles et les prothèses complètes, les rebasages, les réparations et les ajustements, sous réserve des restrictions suivantes : l'or n'est couvert qui si aucun autre matériau n'est adéquat dans les circonstances. Si le service dépasse celui qui serait normalement offert par la plupart des dentistes, le coût du service en

excédent n'est pas couvert. Si le dentiste utilise la "technique des deux prothèses", c'est-à-dire confectionne un premier appareil comme attelle chirurgicale et confectionne ensuite une deuxième prothèse, le rebasage de l'attelle chirurgicale n'est pas couvert.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Ne sont pas couvertes les dépenses attribuables en tout ou en partie aux événements suivants :

1. i) La guerre, un acte de guerre ou la participation à une émeute ou à une révolution.
   ii) Des automutilations ou des maladies contractées volontairement alors que le bénéficiaire est sain d'esprit ou non, ou lors de la commission d'une infraction au code criminel, ou de la commission d'un délit.
   iii) Les services d'orthodontie (redressement des dents).
   iv) Les services de nature purement esthétique.
   v) Les frais relatifs au non-respect de rendez-vous.
   vi) Les affections pour lesquelles les services dentaires sont assurés ou peuvent être assurés par la suite à un membre admissible ou à ses personnes à charge gratuitement, ou à un coût dérisoire par les pouvoirs publics, notamment, sans limiter la généralité de ce qui précède, les invalidités liées au service, les traitements assurés par un organisme financé par les deniers publics, et les accidents ou affections couverts par la Loi sur les accidents du travail, ou par une loi analogue.
   vii) Le traitement et les soins dans les cas et dans la mesure où les services dentaires nécessaires et le traitement sont assurés ou payés par un ou des tiers en vertu de la loi, notamment le traitement nécessité par un accident ou une négligence dans le cas où un tiers en est responsable.
   viii) Les dépenses de prothèses ou de services (y compris les couronnes et les ponts) commencés avant la date à laquelle le patient est devenu assuré.
2. Tout montant de dépenses dentaires qui nécessite le versement d'une somme supérieure à 400 $ pour une même personne, au cours d'une période de 12 mois.
3. Tout montant demandé pour une "consultation" lorsqu'un service est assuré en échange d'honoraires identifiés.
4. Tout montant de dépenses engagé sans qu'une formule de programme de traitement ait été présentée à la CU & C au préalable, si le coût de ces services dépasse 25 $.
5. Tout montant qui dépasse 50 p. 100 des honoraires fixés par le barème autorisé que vous pourriez convenir de verser à votre dentiste.

APPENDICE IV

Formule normalisée de demande de paiement pour les régimes privés d'assurance dentaire collective

RÉGIME D'ASSURANCE DENTAIRE

COMMENT RÉCLAMER LES INDEMNITÉS D'ASSURANCE DENTAIRE

Dès que vous-même ou une personne à charge assurée reçoit des services dentaires couverts par le régime :

1. Faites remplir par votre dentiste la DÉCLARATION DU DENTISTE (Partie 1) au verso de cette formule.
2. Remplissez et signez la DÉCLARATION DE L'ASSURÉ (Partie 2). Vérifiez que vous avez bien répondu à toutes les questions.
3. Envoyez la formule à l'administrateur du régime d'assurance dentaire à votre lieu de travail.

L'administrateur du régime remplira la DÉCLARATION DU PORTEUR DE LA POLICE (Partie 3) et il enverra votre demande de remboursement à * . * enverra par la poste un chèque d'indemnités directement à votre adresse. Toutefois, si vous avez demandé le paiement à votre dentiste, le chèque sera envoyé directement à ce dernier.

REMARQUE IMPORTANTE – Toutes les demandes de remboursement devraient être présentées aussi tôt que possible après la date à laquelle vous avez reçu le traitement dentaire assuré. Dans tous les cas, les demandes de remboursement doivent être présentées dans les 90 jours suivant la fin de l'année de couverture au cours de laquelle vous avez reçu les services. Si le dentiste a prévu un programme qui comportera une série de traitements pendant une longue période, vous devriez remplir une demande de remboursement périodiquement et indiquer sur la formule que le traitement entre dans le cadre d'un programme de traitement à longue échéance.

COMMENT PRÉSENTER LA DEMANDE EN CAS DE DÉTERMINATION PRÉALABLE DES INDEMNITÉS

Si le coût du traitement recommandé par votre dentiste devait dépasser la limite déjà déterminée dans votre régime d'assurance dentaire, vous devrez présenter des détails sur le plan de traitement et les coûts estimatifs à * pour examen avant de commencer le traitement. À cette fin :

1. Demandez à votre dentiste de remplir la DÉCLARATION DU DENTISTE (PARTIE 1) au verso de cette formule en donnant les détails du traitement proposé et des coûts prévus.
2. Vous devrez ensuite remplir et signer la DÉCLARATION DE L'ASSURÉ (PARTIE 2) et présenter la formule à l'administrateur de votre régime d'assurance dentaire de la même façon que s'il s'agissait d'une demande de remboursement, mais en précisant qu'il s'agit d'une détermination préalable des indemnités.

* examinera le programme de traitement et vous fera parvenir un relevé approximatif des indemnités applicables si ce traitement est réalisé. Il est préférable que vous attendiez la réponse de * avant de commencer le traitement.

L'objet de la détermination préalable est de faire savoir à l'assuré et au dentiste les traitements qui sont assurés et le montant approximatif des indemnités avant qu'un programme de traitement ne soit entrepris. Si vous ne demandez pas que soit faite une telle évaluation préalable et si l'assureur reçoit une demande de remboursement pour des dépenses dépassant la limite autorisée, * se réserve le droit de déterminer les indemnités sur la base d'une intervention moins coûteuse que celle qui a été effectivement réalisée. Vous devrez verser la différence entre le montant de ces indemnités et le coût total.

---

* L'assureur

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES
FORMULE STANDARD

approuvée par
1'Association dentaire canadienne

1re PARTIE DENTISTE

DENTISTE
NOM
ADRESSE
VILLE, PROVINCE
CODE POSTAL
TÉLÉPHONE
Nº D'ASSURANCE SOCIALE

NOM DU PATIENT | PRÉNOM(S)
ADRESSE | APP.
VILLE | PROVINCE
CODE POSTAL

DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE INT DES DENTS	CODE DU PROCÉDÉ	SURFACES DES DENTS	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE	TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E &O.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS →

SIGNATURE DU DENTISTE | DATE | JOUR | MOIS | ANNÉE

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR DES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES, LES COMPLICATIONS ET CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

IL SE PEUT QUE LES HONORAIRES ET LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE FORMULE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LA GARANTIE DE MON ASSURANCE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. JE COMPRENDS DONC QU'IL M'INCOMBE DE VOIR A CE QUE MON DENTISTE SOIT INTÉGRALEMENT RÉMUNÉRÉ POUR LE TRAITEMENT RENDU. JE CONSENS A CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS A MON ORGANISME ASSUREUR OU A SES MANDATAIRES.

SIGNATURE DU PATIENT (OU DU PARENT/GARDIEN)

PAR LA PRÉSENTE, JE RENONCE AUX INDEMNITÉS VERSÉES A LA SUITE DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET CONSENS A CE QU'ELLES SOIENT PAYÉES DIRECTEMENT AU DENTISTE SUSNOMMÉ

SIGNATURE DU PARTICIPANT

2e PARTIE ASSURÉ/PARTICIPANT

REMPLIR CETTE PARTIE AVANT DE LA PRÉSENTER AU DENTISTE

1. PATIENT: LIEN DE PARENTÉ OU AUTRE AVEC L'ASSURÉ _____ DATE DE NAISSANCE _____
   ENFANT ÂGÉ DE 21 ANS OU PLUS: ÉTUDIANT ☐ HANDICAPÉ ☐
2. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU UN RÉGIME D'ASSURANCE-SOINS DENTAIRES? ☐ NON ☐ OUI
   NUMÉRO DE POLICE _____
   NOM DE L'ORGANISME ASSUREUR _____
3. UN TRAITEMENT EST-IL RENDU NÉCESSAIRE A LA SUITE D'UN ACCIDENT? ☐ NON ☐ OUI
   INDIQUER LA DATE ET PRÉCISER
4. EST-CE QU'IL Y A DES SOINS ORTHODONTIQUES? ☐ NON ☐ OUI
5. DANS LE CAS D'UNE PROTHÈSE, D'UNE COURONNE OU D'UN PONT, EST-CE LA PREMIÈRE POSE? ☐ NON ☐ OUI
   INDIQUER LA DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT.
6. J'AUTORISE LA DIVULGATION À L'ASSUREUR OU À SES AGENTS DE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER RELATIF À CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT. JE DÉCLARE QU'À MA CONNAISSANCE CES RENSEIGNEMENTS SONT VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.
7. ASSURÉ NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____
   ADRESSE

DATE | JOUR | MOIS | ANNÉE | SIGNATURE

3e PARTIE TITULAIRE DE POLICE

1. POLICE NUMÉRO
   SUFFIXE | COMPTE/DIV.
2. NOM DE L'ASSURÉ
3. N.A.S. ___ – ___ – ___
4. NUMÉRO DE CERTIFICAT

	JOUR	MOIS	ANNÉE
5. DATE D'ASSURANCE			
6. DATE D'ASSURANCE PERSONNE À CHARGE			
7. DATE DE RÉSILIATION			

8. DEMANDE D'INDEMNITÉ SOUMISE AUPRÈS DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL: ☐ NON ☐ OUI
9. TITULAIRE DE POLICE

SIGNATAIRE AUTORISÉ

DATE | JOUR | MOIS | ANNÉE

TOUS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SUR CETTE FORMULE SONT CONFIDENTIELS.

APPENDICE V

RÉPONDANTS À L'ÉTUDE NATIONALE SUR LES CONTRATS D'ASSURANCE DENTAIRE, 1982

ACTRA Fraternal Benefit Society, Toronto (Ontario)
Aeterna-vie, Compagnie d'assurance, Montréal (Québec)
Allstate Life Insurance Company of Canada, Willowdale (Ontario)
Alliance, Compagnie Mutuelle d'Assurance-vie, Montréal (Québec)
Assurance-vie Desjardins, Lévis (Québec)
Blue Cross of Atlantic Canada, Moncton (Nouveau-Brunswick)
The Canada Life Assurance Company, Toronto (Ontario)
Canadian Union Mutual Benefit Association, Toronto (Ontario)
Compagnie d'Assurance sur la Vie La Sauvegarde, Montréal (Québec)
Confederation Life Insurance Company, Toronto (Ontario)
Constellation Assurance Company, Toronto (Ontario)
Les Coopérants, Société Mutuelle d'Assurance-vie, Montréal (Québec)
CU&C Health Services Society, Vancouver (Colombie-Britannique)
Crown Life Insurance Company, Toronto (Ontario)
Dominion Life Assurance Company, Waterloo (Ontario)
Eaton-Bay Life Assurance Company, Toronto (Ontario)
The Empire Life Insurance Company, Kingston (Ontario)
The Equitable Life Insurance Company of Canada, Waterloo (Ontario)
The Excelsior Life Insurance Company, Toronto (Ontario)
The Great-West Life Assurance Company, Winnipeg (Manitoba)
Green Shield Prepaid Services, Inc., Windsor (Ontario)
The Imperial Life Assurance Company of Canada, Toronto (Ontario)
L'Industrielle Compagnie d'Assurance sur la Vie, Sillery (Québec)
Labourers International Union of North America, Toronto (Ontario)
La Laurentienne Mutuelle d'Assurance, Québec (Québec)
Laurier Life Insurance Company, Etobicoke (Ontario)
London Life Insurance Company, London (Ontario)
The Maritime Life Assurance Company, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Metropolitan Life Insurance Company, Ottawa (Ontario)
The Mutual Life Assurance Company of Canada, Waterloo (Ontario)
The National Life Assurance Company of Canada, Toronto (Ontario)
North American Life Assurance Company, Toronto (Ontario)
The Northern Life Assurance Company of Canada, London (Ontario)
Ontario Blue Cross, Don Mills (Ontario)
Pacific Prepaid Dental Plans, Vancouver (Colombie-Britannique)
The Plumbers Local 666, St. Catherines (Ontario)
The Prudential Insurance Company of America, Toronto (Ontario)
Croix-Bleue du Québec, Montréal (Québec)
Reliable Life Insurance Company, Hamilton (Ontario)
Les Services de Santé du Québec, Sainte-Foy (Québec)
Sun Life Assurance Company of Canada, Toronto (Ontario)
La Survivance, Compagnie Mutuelle d'Assurance-vie, Saint-Hyacinthe (Québec)
Transamerica Occidental Life Insurance Company, Toronto (Ontario)
Travelers Life Insurance Company of Canada, Toronto (Ontario)
Turnbull and Turnbull Consulting Actuaries, Winnipeg (Manitoba)
Zurich Life Insurance Company of Canada, Toronto (Ontario)

APPENDICE VI

SOURCES, PROGRAMMES DENTAIRES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Forces armées canadiennes	Colonel F. Bégin, directeur, Services de traitement dentaire et Dr H. Protheroe, directeur, Services de traitement dentaire 3
Service correctionnel du Canada	Mme A.N. O'Leary-Brochu, directrice, Activités de soins de santé
Affaires des anciens combattants Canada	Dr J. Cowan, directeur dentaire, Clinique dentaire d'Affaires des anciens combattants Canada, et Dr F.A. Irwin, 1468 Heatherington Road, Unit J, Ottawa (Ontario) K1V 6S1
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Direction générale des services médicaux)	Dr W.R. Bedford, expert-conseil médical principal, dentisterie, Direction des services de la santé Dr D. Ross expert-conseil médical principal, par intérim, dentisterie, Direction des services de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Direction des systèmes d'information)	M. L.W. Rehmer, directeur, Division de l'information sur la santé, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information et M. P.-P. Bellerose, chef, Unité des soins médicaux, Division de l'information sur la santé, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information
Statistique Canada	M. J. Davis, directeur adjoint, Élaboration et évaluation des programmes, Division de la santé, M. A. Gower, méthodologiste, Relations avec les ministères/organismes fédéraux et Mme I. Tracktenberg, expert-conseil, Relations avec les ministères/organismes fédéraux

APPENDICE VII

SOURCES, PROGRAMMES DE SOINS DENTAIRES DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

Alberta	Dr T.M. Curry, Senior Dental Consultant, Community Health Services, Alberta Social Services and Community Health, Dr Cheung, Alberta Department of Hospitals and Medical Care, et Mme J. Clovis, Senior Dental Health Consultant, Professional Services Branch, Alberta Social Services and Community Health, Edmonton
Colombie-Britannique	Dr A.S. Gray, Director of Dental Health Services, British Columbia Ministry of Health, Victoria et M. W. H. Thorpe, Claims Manager, Medical Services Plan of British Columbia, Victoria
Manitoba	M. P. Todman, directeur de l'administration, Services de santé dentaire, ministère de la Santé du Manitoba, Winnipeg
Nouveau-Brunswick	Dr J. Blackmer, directeur des services de santé dentaire, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Fredericton
Terre-Neuve	Dr J.E. Russell, Director of Dental Services, Newfoundland and Labrador Department of Health, St. John's et Dr. S.B. Doshi, Dental Director, Division of Community Health, Newfoundland and Labrador Department of Health, St. John's
Nouvelle-Écosse	Dr F.P. Fennell, Dental Director, Nova Scotia Medical Services Insurance, Halifax
Ontario	Dr R.K. Ryan, expert-conseil principal, Services dentaires publics, ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto
Île-du-Prince-Édouard	Dr R.G. Romcke, Director of Dental Public Health, Prince Edward Island Department of Health and Social Services, Charlottetown
Québec	Dr G. Pelletier, conseiller cadre, médecine dentaire, Régie de l'assurance-maladie du Québec, Québec
Saskatchewan	Dr M.H. Lewis, Director, Saskatchewan Health Dental Plan, Regina
Territoires du Nord-Ouest	Dr M. Weber, dentiste, région des Territoires du Nord-Ouest, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Yellowknife
Yukon	Dr R.J. Huckstep, dentiste, région du Yukon, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Whitehorse

APPENDICE VIII

SOURCES, PROGRAMMES D'ASSISTANCE SOCIALE EN VERTU DU RÉGIME D'ASSISTANCE PUBLIQUE DU CANADA

Ottawa	M. N.N. Papove, directeur, Division de l'assistance et des services de réadaptation professionnelle, Direction du Régime d'assistance publique du Canada, Direction générale des programmes des services sociaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa
Alberta	Dr J. Taylor, Acting Director, Division of Support Services, Social Services and Community Health, Edmonton
Colombie-Britannique	Mme R. Chisholm, Policy Analyst, Ministry of Human Resources, Victoria
Manitoba	Mme U. Spangen, superviseur, Services sociaux, ministère des Services communautaires et correctionnels, Winnipeg
Nouveau-Brunswick	M. G. LeBlanc, superviseur des demandes de remboursement, ministère des Services sociaux, Fredericton
Terre-Neuve	M. G. White, Director of Health Policy, Newfoundland and Labrador Department of Health, St. John's
Nouvelle-Écosse	Mme E. McNaughton, Senior Research Officer, Policy, Planning and Research, Nova Scotia Department of Social Services, Halifax
Ontario	Mme L. Parry, spécialiste de l'élaboration des normes, Section du soutien des programmes, ministère des Services sociaux et communautaires, Toronto
Île-du-Prince-Édouard	Dr R.G. Romcke, Director of Dental Public Health, Prince Edward Island Department of Health and Social Services, Charlottetown
Québec	Dr G. Pelletier, conseiller cadre, médecine dentaire, Régie de l'assurance-maladie du Québec, Québec
Saskatchewan	Mme D. Anderson, Director, Federal-Provincial Arrangements Branch, Saskatchewan Social Services, Regina